

シオン皮膚科クリニック 問診票

フリガナ			
氏名	男 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
職業			お子様の場合 体重 kg
住所	〒 -		電話番号 自宅： 携帯：

お薬や食物等、アレルギーはありますか いいえ はい

お薬の名前 :

食物、その他 :

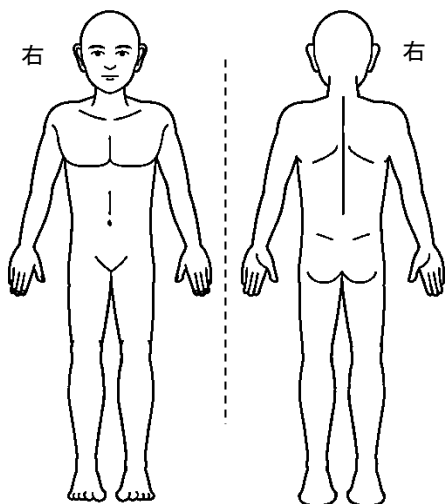
車、バイク、機械の運転、細かい作業や危険な作業はされますか いいえ はい

妊娠されていますか いいえ はい → 出産予定日: 年 月 日

授乳されていますか いいえ はい

●本日はどうされましたか

① 症状のあるところに○印してください



② いつから

③ どのような症状ですか

④ 今回のことでほかの医療機関で治療を受けましたか

いいえ はい

病院名

どのような

●既往歴：現在または過去に治療を受けていますか

いいえ はい → 高血圧・糖尿病・ぜんそく・緑内障・前立腺肥大
 心臓病 () ・ 肝臓病 () ・ 腎臓病 ()
 アトピー性皮膚炎・皮膚疾患 ()
 その他 ()

●現在内服されているお薬はありますか

いいえ はい → お薬手帳を医師に提示してください

●当院をどちらでお知りになりましたか

1. 姉妹クリニック (ノア・ルカ・ドゥオ・セシル)
2. 横浜労災病院 (皮膚科・他科)
3. 2以外の病院 ()
4. 家族
5. 友人、知人
6. 情報センター
7. 近所、通りすがり
8. 薬局
9. 会社
10. インターネット、ホームページ
11. 受診歴あり
12. その他 ()

●マイナ保険証で受付された方 → マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか

いいえ はい 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
 医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1→4点、加算2→2点(マイナ保険証を利用した場合)