

# 問 診 票

年 月 日

ふりがな 氏名	-----	男・女	生年月日 ( 大正・昭和・平成・令和 ) 年 月 日 歳	
住所	〒		電話番号 <small>(未成年の方は保護者の連絡先もご記入ください)</small>	自宅： 携帯： ☆どちらか必ずご記入ください
			身長・体重	cm kg

1. いつから、どのような症状がありますか  
また、その部位に丸を付けてください

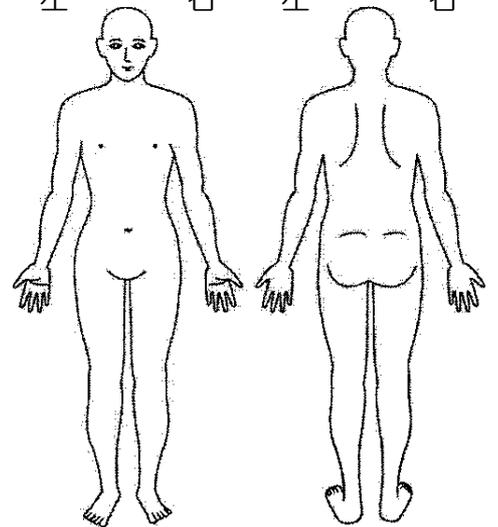
いつから： 日前 週間前 力月前 年前・不明

症状： かゆい 痛い かさつき できもの 水虫  
発疹 巻き爪 虫刺され やけど (仕事・その他)  
イボ ほくろ ニキビ シミ 脱毛

\*自費診療を希望しますか？ (はい・いいえ)

( )

左 右 左 右



2. 上記の症状で、今までに医療機関を受診されましたか。

はい ( 医療機関名 ) ・ いいえ

3. 今までにどんな病気にかかったり、治療を受けたりしましたか。

( )

4. 常用しているお薬はありますか。

※お薬手帳・アプリなどを持参されている方は窓口にてお申し出ください。

ない ・ ある ( 薬： )

5. お薬・食べ物などでアレルギーが起こった事がありますか。

その他、アレルギーがある場合は全てご記入ください。

ない ・ ある ( 該当する物： )

6. 【女性の方】現在妊娠中、または妊娠の可能性がありますか。また授乳中ですか。

いいえ ・ はい ( 妊娠 力月 ・ 授乳中 )

7. 当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報取得に同意しますか。

はい ・ いいえ

☆保険診療でのお支払いは原則現金払いのみです。

クロンスmartパスご利用の場合、保険診療もクレジットを利用できます。  
ご希望の方は必ず窓口にてお申し出ください。



やまおか皮ふ科