

高田馬場皮膚科・形成外科 問診票（初診）

記名により診察の依頼が成立し画像や検査を含めた診察記録がすべて公文書として残り法律で消去できないこと及び医師が必要と判断

診察券番号： した診察に必要な写真撮影にご同意いただきます。保険診療上ご自身で撮影した画像をもとに治療できません。

ふりがな 大・昭・平・令
お名前 男・女 生年月日 年 月 日生()歳

ご住所 〒
お電話 ()
携帯 () ご職業

1. 本日の症状について

① どのような症状ですか

② いつ頃からそうになりましたか
「〇月から」「〇年前から」など具体的に

③ 以前にも同じようなことがありましたか
()ある ()ない

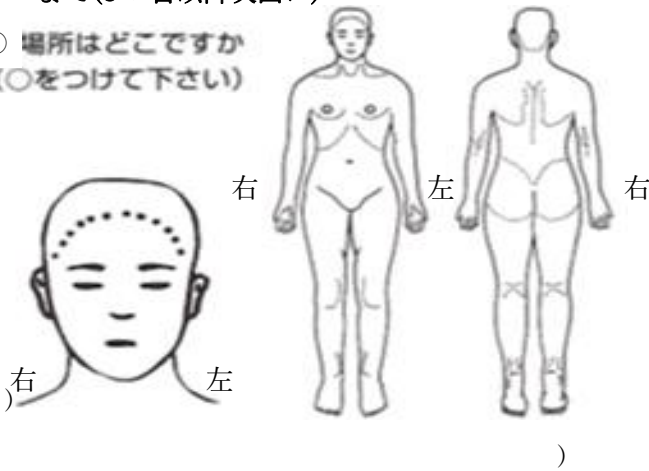
④ 今回の症状について今までどうしていましたか
()何もしていない ()売薬を使っていた
()他院にかかっていた
(病院の名前:

(処方された薬の名前:

ついでに

未記入の診察 できません
一度に2つまで(3つ目以降次回に)

⑤ 場所はどこですか
(〇をつけて下さい)



現在も使用している →はい() いいえ()

医師の判断(保険適応の判断)により紹介状のない他院での処方(量)・処置・インターネット・AI で調
べた薬の処方・検査・処置はできません。希望する場合は前医でご相談ください。

2. 今までにかかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか

()ない
()糖尿病 ()心臓病 ()腎臓病 ()肝臓病 ()高血圧
()胃十二指腸潰瘍 ()緑内障 ()前立腺肥大 ()HIV
その他()

3. 現在飲んでいる薬はありますか ※お薬手帳、説明書をお持ちの方はお見せください

()ない ()ある →薬の名前()

4. 今までに薬や注射で具合が悪くなったことや、かぶれたことはありますか

()ない ()ある→薬の名前()

5. 女性の方のみお答えください 現在妊娠の可能性ありますか

()ない ()ある もしくは ()妊娠中 カ月(予定日 月 日) ()授乳中

6. 一緒に住んでいる方は何人ですか (あなた以外で 人)

7. 特にお聞きになりたいことがあれば記入してください()

インターネット・AI で知り得た医学情報に対してのコメントは、当院ではお断りしております。

<当院受診のきっかけを教えてください(いくつでも)>

☐ホームページ ☐当院の看板 ☐web の口コミ (☐家族☐知人☐他院)からのご紹介
☐web 検索 ☐通りがかり ☐チラシ・パンフレットを見て ☐その他()