

問診票(再診の方)

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。

お名前(フルネーム・カタカナ)

前回の続き→①へ進む お久しぶり又は前回と異なる相談→②へ進む
ついでに未記入の相談/多数の相談を診察できません。3つ目以降は次回に

①前回の続きの方

症状は？ ○で囲んでください

良い

変わらない

悪い

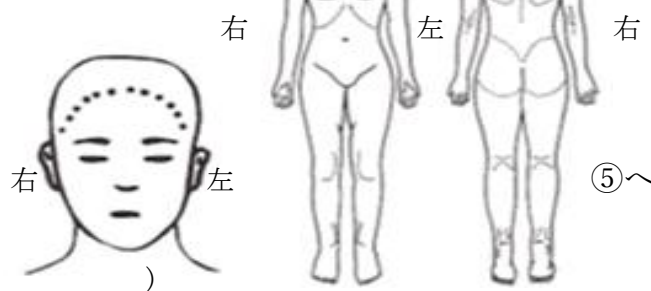
良い所も悪い所もある

③へ

②お久しぶり、又は前回と違う症状がある方

いつからどのような症状がありますか？

④場所はどこですか
⑤をつけて下さい



③お薬について

・今回の症状に必要な当院の薬(ぬり薬・飲み薬)・量や本数

(記入例: マイザー1本、プロペト 100g、タリオン 14日分等

(

医師の判断(保険適応の判断)により紹介状のない前医(他院)での処方(量)・処置・インターネット

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。

・残っているお薬(ぬり薬・飲み薬)・量や本数 (記入例: ヘパリン半分、メサデルムローション 3分の1等)

④診察で聞きたいことがありましたらご記入ください

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。

●購入したい物品はありますか？ ○で囲んで、2つ以上の方は個数もご記入ください

シャンプー リンス 低刺激泡フォーム(洗顔・ボディ) 日焼け止め その他()

●当院では手術や自費診療も行っています。気になることがあれば○で囲んでください。

手術→皮膚のできもの 自費診療→シミ・薄毛(AGA)・ピアス・巻き爪ワイヤー・ダーマペン・ウーバーピール

⑤お久しぶりの方に質問です

1. 今までにかかったことのある病気、現在治療中の病気に前回受診から変更はありますか

()糖尿病 ()心臓病 ()腎臓病 ()肝臓病 ()高血圧 ()HIV

()胃十二指腸潰瘍 ()緑内障 ()前立腺肥大 その他()

2. 現在飲んでいる薬に前回受診から変更はありますか ※お薬手帳、説明書をお持ちの方はお見せください

()ある →薬の名前()

3. 前回受診から新た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

()ある →薬の名前()

4. 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