

フリ ガナ
氏 名

男 / 女 (未婚 / 既婚)

住 所

生年月日 年 月 日

電話番号

携帯番号

年齢

歳 / 職業

/ 身長

cm

/ 体重

kg

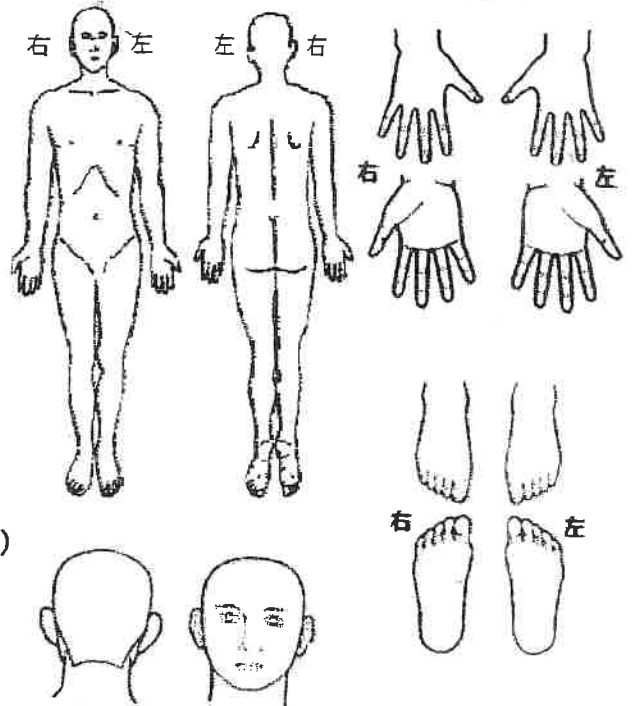
※さしつかえ無ければ具体的に職種をご記入下さい。

■本日みてもらいたい場所はどこですか？

その部位に○印をつけて下さい。

■どのようなご相談で来院されましたか？

かゆみ ・ いたみ ・ 赤み ・ ぶつぶつ ・ にきび
アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ タコ、ウオノメ
水虫 ・ やけど ・ 傷、けが ・ できもの、しこり
脱毛症 ・ いぼ ・ ほくろ ・ 虫さされ ・ 多汗症
花粉症 ・ しみ、肝斑 ・ シワ、エラ張り ・ AGA
ピアス穴あけ ・ 帯状疱疹ワクチン接種 ・ 女性の薄毛
アレルギー検査 ・ その他 ()



■いつごろからですか？

■この症状で現在または過去に病院で治療を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方→医療機関名 () 言われた病名 ()

どのような薬が処方されましたか？ ()

■今までにかかった病気や治療中の病気に○をつけて下さい。

アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎 ・ 花粉症 ・ 気管支喘息
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 胃潰瘍 ・ 腎臓病 ・ 脳梗塞／脳出血 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障
心臓病 (ペースメーカー なし・あり) ・ 肝臓病 (B型肝炎 ・ C型肝炎) ・ 甲状腺疾患
がん (部位) ・ 精神疾患 (うつ、統合失調症等) ・ その他 ()
かかっている医療機関名 ()
処方されているお薬の名前 ()

■女性の方へ

妊娠している可能性は？ ある () ヶ月) ・ ない

授乳中ですか？ はい ・ いいえ

■飲み薬や注射、食べ物でアレルギーや副作用がありましたか。

はい ・ いいえ

「はい」の方・・・お薬・食べ物の名前 ()

■今までに局所麻酔を行って具合が悪くなった事がありますか？

はい ・ いいえ

■ケロイド体質はありますか？ はい ・ いいえ

この用紙の裏も必ず記載下さい！！

北村皮膚科

■通院手段はなんですか。

車（自分・他人）・タクシー・電車・バス・徒歩・その他（ ）

■当院をお知りになったきっかけは何ですか？（該当する項目全てに○をして下さい）

以前通院したことがある・近所に在住・親族が通院中、もしくは通院したことあり

当院ホームページ・WEB、インターネット検索・広告・看板

知人・他の医療機関からの紹介（ ）・その他（ ）

■喫煙について

☐ 現在、吸っている ☐ 過去に吸っていた ☐ 吸っていない

■飲酒について

☐ 連日飲む ☐ 週（ ）回飲む ☐ 機会飲酒 ☐ 飲まない

■歩行状態について

問題なし・杖歩行・車椅子・ストレッチャー使用・その他（ ）

■以前に漢方を飲んだことがありますか？ なし ・ あり（薬剤名： ）

○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。

■マイナ保険証（保険証と紐づけされたマイナンバーカード）をお持ちの方へ

マイナ保険証による診療情報取得に同意していただけますか？ はい・いいえ