

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
氏 名				
職 業				お子様の場合 体重 Kg
住 所	〒 -		電話番号	自宅： 携帯：

アレルギーはありますか。いいえ はい → ある場合は原因の名前をお書きください
原因となる薬剤名：
原因となる食べ物・その他の名前：

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

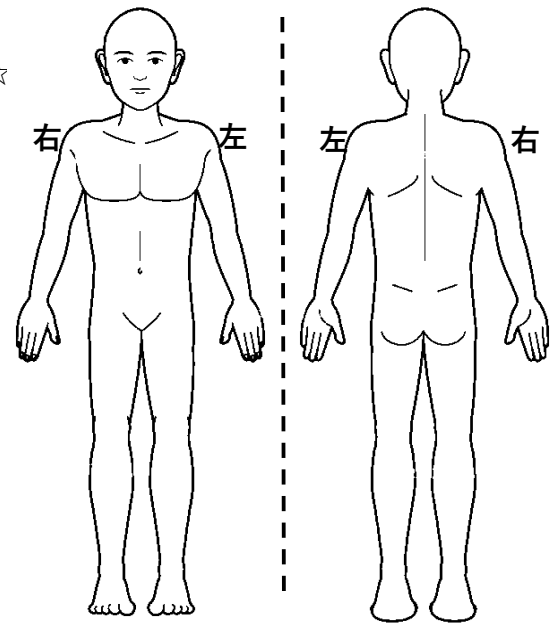
● **今まで、下記の病気にかかったことはありますか？ → いいえ はい**
 「はい」に○をつけた方は、下記病名に○を、もしくはカッコ内に病名を記載してください

- 高血圧 糖尿病 ぜんそく 緑内障 前立腺肥大 脳梗塞 胃潰瘍 アトピー性皮膚炎
 心臓病 () 肝臓病 () 腎臓病 () ガン ()
 皮膚疾患 () 精神疾患 () 手術歴・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下さい☆

● **本日はどうされましたか？**

- ① 症状のあるところ（人体図）に○印をしてください
 ② 症状はいつからですか



- ③ どのような症状ですか
 かゆい 痛い 赤い ブツブツ カサカサ・乾燥
 腫れている 水ぶくれ 傷・ケガ あざ しこり
 やけど 虫に刺された ニキビ じんましん
 ほくろ ヘルペス イボ タコ・うおのめ 水虫
 その他 ()

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

● **当院をどちらでお知りになりましたか**

1. 受診歴がある 2. 家族 3. 友人・知人 4. 近所・通りすがり 5. 当院の姉妹クリニック（シオン・ノア・ルカ・ドゥオ・セシル・マリア）
 6. 労災病院（皮膚科・他科） 7. 5.6.以外の病院 ()
 8. 薬局 9. 情報センター 10. インターネット、ホームページ 11. その他 ()

マイナ保険証で受付された方のみ回答 → 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→3点、加算2→1点(マイ保険証を利用した場合)
 3か月に1回→ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算(再診時) 加算3→2点、加算4→1点(マイ保険証を利用した場合)