

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

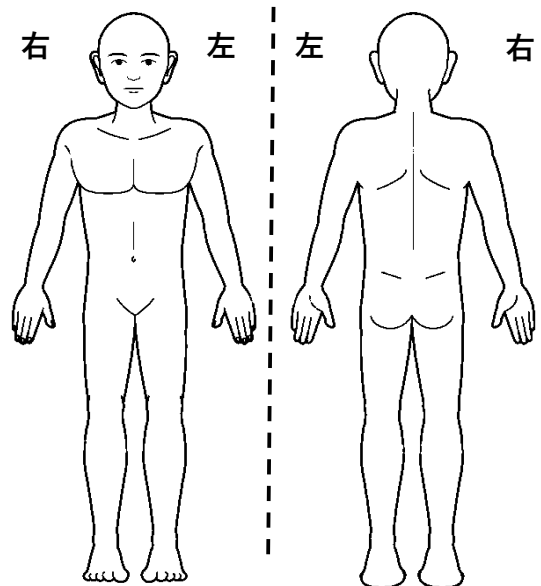
授乳されていますか いいえ はい

● 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



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

医療機関名

どのような

● 現在、次の病気で治療を受けていますか、ある場合は○またはお書きください

いいえ はい → 高血圧 糖尿病 ぜんそく 緑内障 前立腺肥大  
心臓病 ( ) 肝臓病 ( ) 腎臓病 ( )  
アトピー性皮膚炎 皮膚疾患 ( ) 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☆

● 過去に大きな病気や手術・治療を受けたことがある場合はお書きください ( )

● 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。  
医療情報取得加算(初診時) 加算1→3点、加算2→1点(マイナ保険証を利用した場合)  
医療情報取得加算(再診時) 加算3→2点、加算4→1点(マイナ保険証を利用した場合) → 3か月に1回