

ノア皮膚科クリニック 問診票

フリガナ			
氏名	男 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)
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

お薬の名前 :

食物、その他 :

妊娠されていますか いいえ はい 出産予定日: 年 月 日

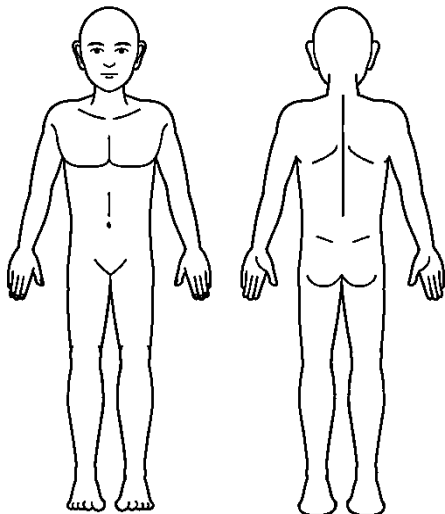
授乳されていますか いいえ はい

●本日はどうされましたか

① 症状のあるところに印してください

② いつから

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

病院名

どのような

●既往歴：現在または過去に治療を受けていますか

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ください

●当院をどちらでお知りになりましたか

1. 知人、友人 2. 家族 3. 近所、通りすがり 4. 受診歴あり 5. 薬局 6. 看板
7. インターネット 8. 情報センター 9. 姉妹クリニック (シオン ルカ ドウオ)
10. 横浜労災病院 (皮膚科 他科) 11. その他 ()

●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→4点、加算2→2点(マイナ保険証を利用した場合)