

# シオン皮膚科ドゥオ 問診票

|      |     |              |                           |
|------|-----|--------------|---------------------------|
| フリガナ |     |              |                           |
| 氏名   | 男女  | 生年月日         | 大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日 ( 歳) |
| 職業   |     | お子様の場合 体重 kg |                           |
| 住所   | 〒 - |              | 電話番号<br>自宅：<br>携帯：        |

お薬や食物等、アレルギーはありますか  いいえ  はい

お薬の名前 :

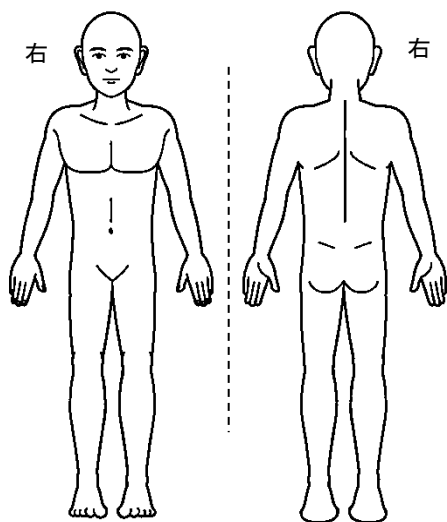
食物、その他 :

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 \_\_\_\_\_

## ●現病歴：現在治療中の病気はありますか

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 ( )

## ●既往歴：過去に治療した病気はありますか

いいえ  はい → 病名 \_\_\_\_\_

## ●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. 受診歴あり 4. 近所、通りすがり 5. 薬局 6. インターネット  
7. 情報センター 8. 姉妹クリニック ( シオン・ノア・ルカ ) 9. 横浜労災病院 ( 皮膚科・他科 )  
10. 9以外の他病院 ( ) 11. その他 ( )

## ●マイナ保険証で受付された方 → 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)