

ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日生( )歳	
お名前	様		ご職業	
ご住所	〒	電話番号	( )	
		緊急連絡先	( )	

※就労中の受傷で労災をご検討の方は、恐れ入りますがお近くの労災指定病院へおかけください。

※マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか はい いいえ

当院では診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。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)

※発熱中の方や空気感染を伴う感染症(水ぼうそうや麻疹)が疑われる発疹の出ている方は速やかにスタッフにお申し出ください。感染拡大防止のため別室待機にご協力いただく場合や診察の順番が前後する場合がありますのであらかじめご了承ください。 体温計は受付にご用意がございますので、ご入り用の方はお申し付けください。

体温 ( )度

**保険診療**

(1)どのような症状・目的でご来院されましたか？

湿疹・カサつき・かゆみ・かぶれ・痛み・皮がむける・イボ・水イボ・やけど・虫さされ・水虫  
花粉症・脱毛症・アレルギー検査・にきび・ワキ汗・手汗・ヘルペス(PIT療法)・带状疱疹・その他

[ ] 症状のある部位に○をつけてください↓

※ほくろ除去を含む皮膚腫瘍摘出術等の手術は当院では行っておりません。

(2)症状が現れたのはいつ頃ですか？

( )

(3)症状について以前に治療を受けたことがある場合は内容を教えてください。

ない ある ( )

(4)現在治療中の病気はありますか？

ない ある ( B型肝炎・C型肝炎・HIV・その他: )

(5)現在飲んでいる薬や使っている塗り薬などがありますか？ ない ある

( )

(6)薬や食物のアレルギーはありますか？ ない ある→ ( )

(7)授乳中、または妊娠の可能性はありますか？

授乳中 妊娠中( )ヶ月 不明 いいえ

(8)15歳以下のお子さまへの質問です。

体重をお知らせください。( )kg / 内服薬の希望→ なし 錠剤 粉状 シロップ

(9)当院を受診されたきっかけは？

近所に在住 チラシ 当クリニックホームページ WEB・インターネット検索 SNS 電柱広告

家族・知人のご紹介( )様 他医療機関からの紹介(病院名: ) その他( )

