

初診時間診票

マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

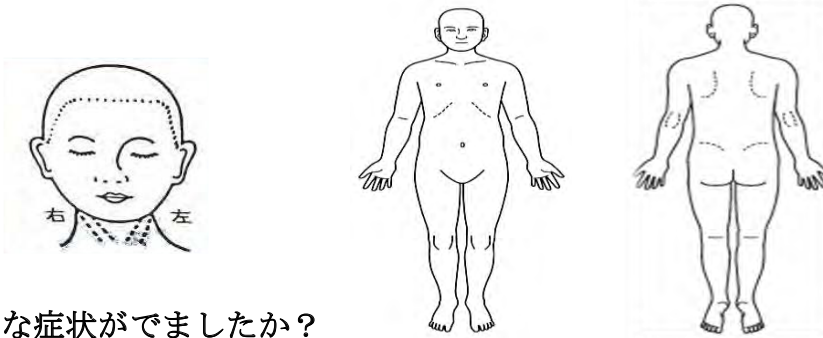
フリガナ _____

お名前 _____ 年齢(月齢) _____ 男・女 身長 _____ cm 体重 _____ kg

住所 〒 _____ ご職業・学年 _____

電話番号 自宅 _____ 携帯(続柄) _____ ()

1. この1週間以内に発熱、咳などの症状がありましたか? (はい・いいえ)
2. 家庭内や職場等でコロナウイルスの感染徴候がある方はいますか? (はい・いいえ)
3. 症状がある所はどこですか? 症状がある所に○をつけて下さい。



4. どんな症状がでましたか?
かゆみ・痛み・赤み・はれている・みずぶくれ・発熱 (_____ °C)
しっしん・ニキビ・じんましん・アトピー・水虫・その他 _____
5. いつからでましたか?
_____年 _____月 _____日 または _____ (日・ヶ月・年) 位前から
6. 原因として何か思い当たることがありますか?
7. これまでこの症状について治療をしたことはありますか?
病院名 _____ 薬品名 _____ 市販薬 _____
8. 家族や身のまわりに同じような皮膚病の方がいますか?
いない・いる 続柄 _____ 病名 _____
9. 他に治療中の病気や内服している薬はありますか? (診察室でお薬手帳をお出し下さい)
ない・ある 病名 _____、薬 _____
10. これまでアレルギーや合わない薬がありましたか?
ない・ある 症状 _____、薬品名 _____
11. 今までに痙攣(けいれん)を起こしたことがありますか?
ない・ある _____年 _____月 _____日頃
12. 女性の方で該当する方は○をつけて下さい。
妊娠中 (_____ヶ月/予定日: _____年 _____月 _____日)、授乳中(生後 _____歳 _____ヶ月)
13. その他、診療に際しご希望がありましたらご記入下さい。 ★お薬は 錠剤・粉薬 を希望します。