皮膚科 問診票　　**裏面もあります**

氏名	薬・注射による副作用　無・有　薬品名（　　）
	アレルギー　無・有　花粉・食物・金属・その他（
年齢　　才　　男 ・ 女	女性の方のみ　□妊娠している　□していない　□不明　□授乳中
身長　　cm　体重　　Kg	1ヶ月以内に海外に行かれましたか　□いいえ　□はい

今までに大きな病気をされたことはありますか　□いいえ□はい（

今までに手術をされたことはありますか　□いいえ□はい（

現在内服中の薬はありますか　□いいえ　□はい（PL病院・他院）　お薬手帳持参　無・有

現在使用中の塗り薬はありますか　□いいえ　□はい（　　）

タバコ　□吸う　1日平均（　　）本　□吸わない　□禁煙した（　　）年前から

お酒　□飲む　1日に飲む量（　　）（　　）回/週　□飲まない　□禁酒した（　　）年前から

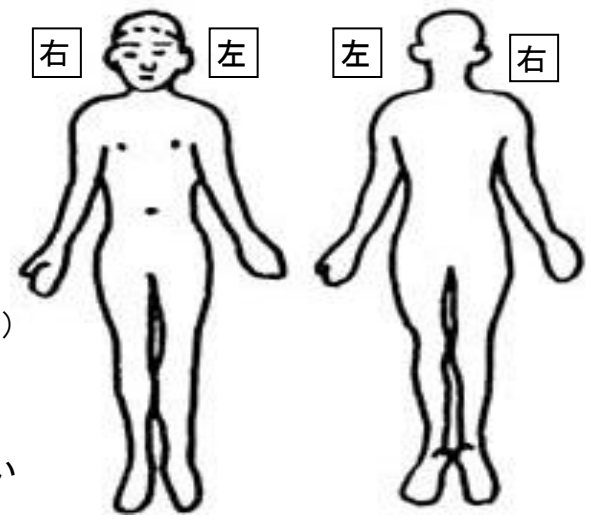
介護保険の申請　なし ・ あり　（ 要支援　1 ・ 2　　要介護　1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）

利き手はどちらですか　右　左

今回の症状で医療機関（病院・診療所）を受診されましたか　□いいえ　□はい（　　）

来院理由　　**当てはまる項目にチェックを入れてください**

□ かゆみ
□ 痛み
□ できもの（□赤み　□熱感　□膿が出る　□腫れている）
　（□切除希望）
□ 発赤
□ かさつき
□ 腫れがある
□ ぶつぶつ
□ 虫刺され（　　月　　日　　時頃）何に（　　）
□ ほくろが心配（□切除希望）
□ にきび
□ 巻き爪
□ シミ　※正確な診断のために、お化粧を落としておいて下さい



□ 体の<u>片側だけ</u>に<u>発疹</u>と<u>痛み</u>がある
□ <u>強い痛み</u>があり<u>腫れ</u>ている（熱感がある）
□ 最近飲み始めた<u>薬やサプリ</u>があり、それからの<u>発疹</u>
□ 発疹があり<u>息がしにくい</u>
□ <u>痒み</u>を伴う<u>水ぶくれ</u>が<u>多数</u>ある
□ <u>水いぼ</u>を取りたい
　※本日水いぼ摘除希望の場合、診察から終了まで
　　1時間半～2時間位時間が必要となります

□ 2週間以内に、<u>麻疹・風疹・水痘</u>の人と接触した
□ 全身に発疹があり、<u>37.5度以上の熱</u>がある
□ 2週間以内に<u>疥癬</u>の人と接触した事があり体中が痒い
□ その他　　右の枠内にご記入ください

〈症状について　ご自由にご記入下さい〉

その症状はいつからありますか　　月　　日頃から　　（裏面へ続く）

看護師　サイン

本日マイナ保険証を利用されましたか　はい ・ いいえ

はいの方 →「診療情報取得」に同意されましたか　はい ・ いいえ

現在、他の医療機関に通院されていますか　□通院なし

□通院中（医療機関　　受診日　　治療内容　　）

この1年間で健診（特定健診・高齢者健診に限る）を受けられましたか

□いいえ　□はい　＊マイナ保険証による情報取得に同意された場合省略可能

2024.12

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・活用することで、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
初診時には医療情報取得加算（1点）がかかります。

受診される患者様へ

当院では、「患者様と医療関係者との十分な情報の共有と理解した上での同意」に基づき、患者様のご希望に沿った最適な治療を行いたいと思っております。

つきましては、今回の受診にあたり、**患者様ご本人のお気持ちを**お聞かせいただきたいと思いますので、下記の質問にお答えくださいますようにお願いいたします。ここで書かれた内容は今のお気持ちですので、後日お気持ちが変わられましたら、主治医または看護師までお申し出ください。

＜黒ボールペンであてはまる答えに〇、もしくは記入をしてください＞

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　記載日：　年　月　日

★患者様ご自身でご記入できない方は、代筆していただき、代筆者の方のお名前をお書きください。

→ 代筆者名＿＿＿＿＿＿＿＿　関係＿＿＿＿

質問 1.

あなたは、ご自分の病気の診断名や病状・治療方針・検査結果について、どの程度医師から説明を受けたいと思われますか。

① すべて知りたい
② 簡単に知りたい
　→どこまでの説明を希望されますか。下記より選んで〇をつけてください
　（ 診断名・病状・治療方針・検査結果・余命・その他【　　】 ）
③ 知りたくない
④ 他者（医師や家族など）の判断にまかせる
⑤ その他（　　）

質問 2.

ご自分の病気の診断名や治療方針・検査結果について説明を受ける場合、どなたとお聞きになりたいですか。（1 つだけ選んで〇をつけてください。）

① 自分のみに説明して欲しい
② 他の人と一緒に説明をして欲しい
③ 自分以外の人に説明して欲しい
④ その他（　　）

上記**②・③を選ばれた方**は、どなたと一緒に、またはどなたに説明をしてもらいたいですか。

名前（　　）　あなたとの関係（　　）

★この用紙は、外来受診患者様は各科外来受付へ、ご提出ください。

確認日：　年　月　日　受付者サイン（　　）

2024/8/27 作成