

受付  
No. \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

院長診察 希望  
希望の方は✓して下さい

生年月日

(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日

年齢(満 才)

性別(男・女)

住所 〒 \_\_\_\_\_

携帯電話( \_\_\_\_\_ )

自宅電話( \_\_\_\_\_ )

### 本日来院された理由をご記入ください。

かゆい／痛い／痛がゆい／痛みかゆみは無い

ぶつぶつ／かさかさ／赤み／じんましん／アトピー  
ニキビ／水ぶくれ／やけど／水虫／いぼ／たこ・魚の目  
脱毛／白斑(肌の色抜け)／アレルギー検査希望

美容相談 → シミ／ホクロ／ピアスあけ(希望色 \_\_\_\_\_)

その他 [ \_\_\_\_\_ ]

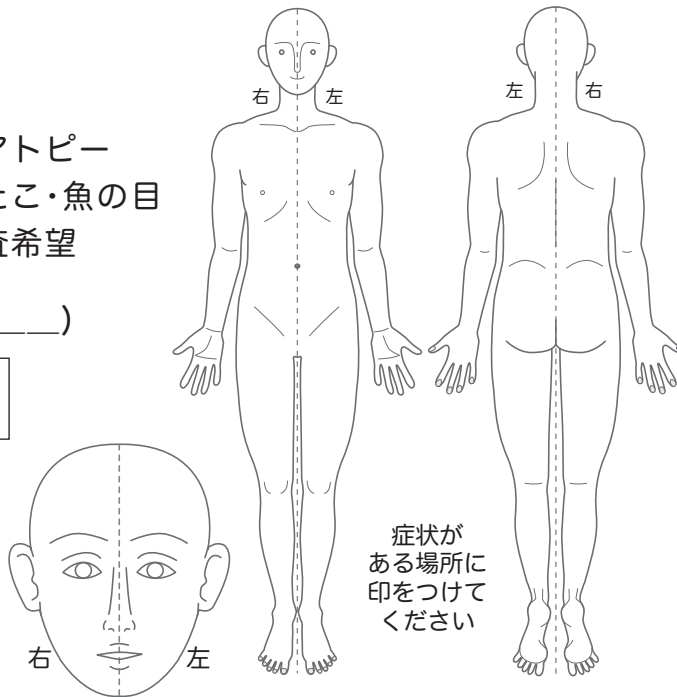
症状のある箇所 → 右図に○をつけてください。

症状は おおよそ いつ頃からありますか？

→ ( \_\_\_\_\_ 頃から)

思い当たる原因はありますか？

薬／食品／化粧品／虫さされ／不明／その他 ( \_\_\_\_\_ )



### この症状で、現在あるいは過去に治療を受けたことはありますか？

はい／いいえ → 医療機関名 ( \_\_\_\_\_ ) 診断病名 ( \_\_\_\_\_ )

治療内容 ( \_\_\_\_\_ )

### 現在、他の医療機関に通院している病気や、過去にかかった大きな病気がありますか？

はい／いいえ → 病名を教えてください。

アトピー／喘息／糖尿病／高血圧／前立腺肥大／緑内障／脳疾患／肝臓病／腎臓病／心臓病

その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 現在飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳がある方はお預かりします

はい／いいえ → お薬手帳 / 有・無・電子・忘れ → 薬剤名: \_\_\_\_\_

### 今まで薬や食べ物によるアレルギーを起こしたことがありますか？

はい／いいえ → 薬品名 ( \_\_\_\_\_ )

→ 食品 ( \_\_\_\_\_ )

### 女性の方にお聞きします。現在、妊娠または授乳していますか？

はい／いいえ → 妊娠中 / 授乳中 / 可能性がある・妊活中

### その他何かありましたらご記入ください。

ご記入ありがとうございました。

## 初めて来院された方へ

保険証や受給者証をお使いの方は、事後に保険証の確認が必要になる場合があるため、保険証のコピーを電子カルテに保存いたします。予めご了承ください。

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致します。

## 以下、ご回答をお願い致します

●マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報（服薬歴・健診歴など）を当院が取得することに同意されましたか？

[同意していない / 同意した] ○をつけてください。

●直近一年間で検診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？

[受けていない / 受けた（特定健診・高齢者健診・その他）] ○をつけてください。

●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

[いいえ / はい] ○をつけてください。

●他の医療機関に通院されていますか？

[いいえ / はい] ○をつけてください。

通院されている方は詳細をご記入ください。

[医療機関名：\_\_\_\_\_]

[受診日： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 頃]

[治療内容：\_\_\_\_\_]

[医療機関名：\_\_\_\_\_]

[受診日： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 頃]

[治療内容：\_\_\_\_\_]

[医療機関名：\_\_\_\_\_]

[受診日： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 頃]

[治療内容：\_\_\_\_\_]

●当院をどのようにしてお知りになりましたか？

ホームページ / 通りがかり / 知り合い / 折込チラシ / 駅前看板 / Google グーグル

裏面のご記入もお願い致します。