

セシル皮膚科クリニック 問診票

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

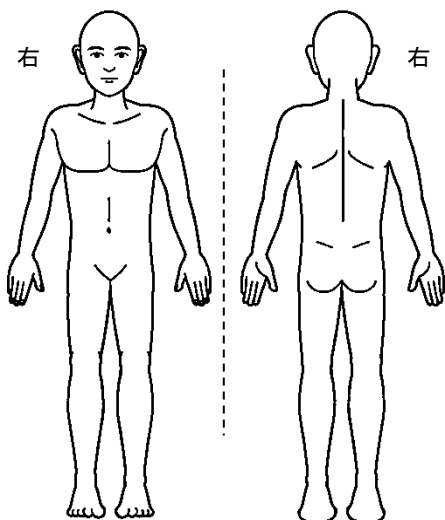
食物、その他 :

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 _____

●既往歴：現在または過去に治療を受けていますか

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 ()

●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. 近所、通りすがり
4. 受診歴あり
5. 薬局
6. 看板
7. インターネット
8. 情報センター
9. 姉妹クリニック (シオン・ノア・ルカ・ドゥオ)
10. 横浜労災病院 (皮膚科・他科)
11. 10以外の病院 ()
12. 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→6点、加算2→2点(マイ保険証を利用した場合)

(再診時) 加算3→2点(マイ保険証を利用しない場合)