

森田皮膚科
診察申込用紙

令和 年 月 日

フリガナ	
氏 名	男 ・ 女
生 年 月 日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 歳
住 所	
T E L () -	携帯番号 - -
体 重 (お子様のみ記入)	kg 職 業

★該当するものに○をしてください。★

●資格確認書(保険証)

●生活保護 (役所に電話済み)(医療券持参)

●医療証(小児医療証・親福祉医療証・重度障害者医療証・その他)

●マイナンバーカード(お持ちの方は下面をお読み頂き記入をお願いします。)



マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか (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。

引き続き裏面もご記入ください。↑

★該当するものに○をしてください。★

◆今日はどのような症状でこられましたか？（複数回答可）

赤み・かゆみ・虫さされ・とびひ・アトピー性皮膚炎・湿疹・じんましん
いぼ・水いぼ・にきび・水虫・水ぼうそう・はしか・風しん・しらみ
脱毛・帯状疱疹・その他（
けが/やけど（**職場**・職場以外）



職場でのけが・やけど等につきましては、当院では労災保険の取り扱いを
しておりません。保険や自費での診療も出来ませんのでご了承下さい。

◆今までにかかった病気はありますか？ ある（下記記入）・ない

心臓病・腎臓病・肝臓病・糖尿病・高血圧・花粉症・ぜんそく・緑内障
白内障・前立腺肥大・精神疾患・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー
その他（

◆今までに**薬で**何かアレルギー反応がありますか？

（発疹がでた・気持ち悪くなった・気を失った等）ある（下記記入）・ない

（

◆現在他院に受診中ですか？ はい ・ いいえ

◆本日お薬手帳をお持ちですか？ ある（診療時に提示）・ない（下記記入）

◆現在内服している薬や塗っている薬のある方は記入してください。

（

◆現在、妊娠・授乳をされていますか？ はい ・ いいえ