

お名前 (カタカナ)		年齢	性別
		歳	男・女

<input type="checkbox"/> ER入り-確認済	<input type="checkbox"/> 新患
医事課記入欄:	

## 皮膚科 問診票

- ※新型コロナ流行に伴い、医師の判断により不要不急の処置を行わない場合がございます。ご了承頂ける場合はチェックをお願い致します。

※下記の質問に全てご回答下さい。

【重要】新型コロナウイルス関係のご質問にお答えください。

○高熱、だるさ、息苦しさなどの症状はございますか。 ※解熱剤を飲み続けている方も同様です。( 月 日から)	はい・いいえ
○下記(※)のいずれかに当てはまる方で発熱や咳などの比較的軽い風邪症状はございますか。 ※高齢者(65歳以上)/糖尿病・心不全/呼吸器疾患(COPD等)の基礎疾患のある方 透析を受けている方/妊娠されている方/免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方	はい・いいえ
※下記に数日間の最高熱が何度であったかご記入ください。 3日前( °C) 2日前( °C) 1日前( °C) 本日( °C)	
○37.5度以上の発熱が4日以内に一度でもございましたか。	はい・いいえ
○味覚及び嗅覚に関して、異常を感じることはございますか。	はい・いいえ
○同伴者様に上記の症状はございますか。	はい・いいえ

◎体重 [ . kg] ◎体温 [ °C]

1.今までに薬剤でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

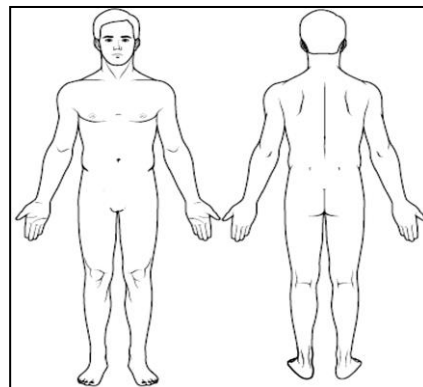
いいえ  はい → 薬剤名: 症状:

2.いつ頃からどのような症状でお困りですか。(詳細は診察室でお話下さい。)

○いつ頃からですか。(必須)

頃から

※下記の図の該当部位に○をつけて下さい。



○どのような症状ですか。(必須)

○症状が出ている部位はどちらですか。(必須)

○この症状で、治療を受けていますか。

いいえ  はい(下記の病院名と病名・使用した薬をご記入ください)

【病院名: 病名・使用した薬:】

3.今までに大きな病気・ケガ・手術歴などがありましたら記入して下さい。

いいえ  はい →:

4.現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は受付でご提示下さい。

いいえ  はい →: お薬手帳  あり  なし

※抗凝固剤(血液をサラサラにする薬)を使っていますか?

いいえ  はい

5.女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか  いいえ  はい  可能性あり

授乳中ですか  いいえ  はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。