

【問診票：皮膚科】

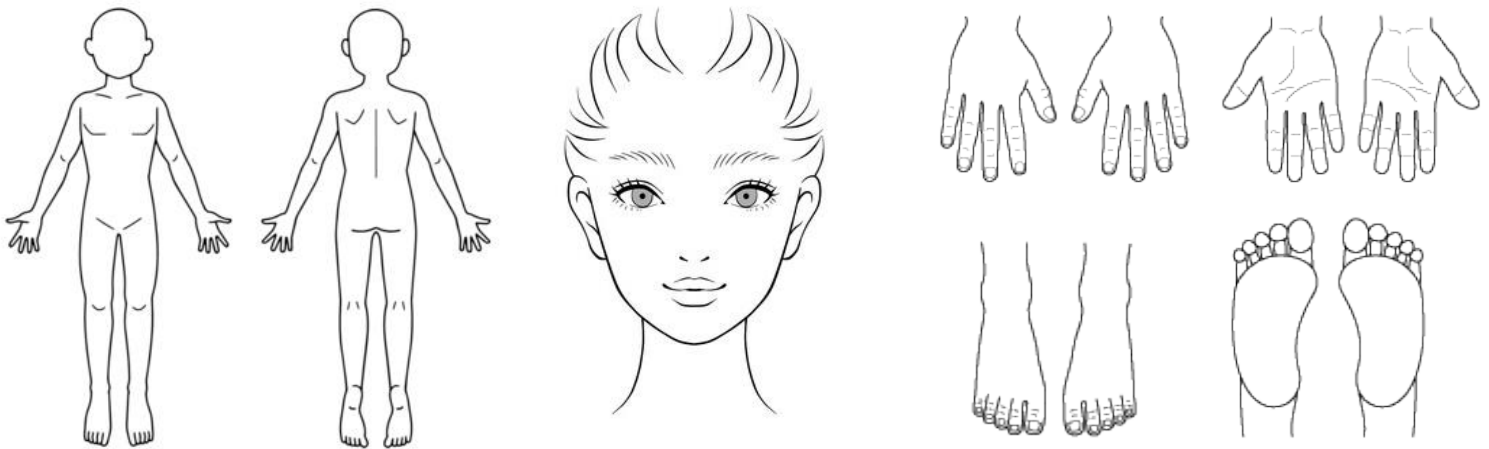
記入日 年 月 日

フリガナ				性別	男性 ・ 女性
氏名				生年月日	T ・ S ・ H 年 月 日
					(歳)
住所	〒			電話番号	携帯 : 固定 :
				緊急連絡先	(関係:)
※女性の方 ○で囲んでく ださい	妊娠の可能性 あり なし	妊娠中	授乳中	その他	車・バイクの運転 : あり ・ なし
					中学生以下のお子様 : 体重 kg

(1)本日はどうなされましたか？

かゆみ 赤み 腫れ 水ぶくれ 痛み かさつき 皮がむける 虫刺され ニキビ いぼ 火傷
いぼ たこ うおのめ 水虫 脱毛 巻爪 その他()

(2)症状のある部位を○で囲んでください



(3)いつ頃からですか？(例:3日前から、1週間前から、10歳の頃から)

【 】

(4)1週間以内で発熱症状、咳症状はありましたか？【 はい ・ いいえ 】

(5)今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？【 はい ・ いいえ 】

高血圧 糖尿病 高脂血症 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃潰瘍 胃・大腸ポリープ
その他()

(6)今までに手術を受けられた事はありますか？【 はい ・ いいえ 】

【 】

(7)現在服用中のお薬はありますか？【 はい ・ いいえ 】

※『はい』の場合は記載、又はお薬手帳を受付にお渡し下さい。

【 】

(8)今までにお薬や食べ物でアレルギー症状がでたことはありますか？【 はい ・ いいえ 】

薬() 食べ物() 花粉()
その他()

(9)当院を知られたきっかけをお聞かせください。

- 1.ホームページを見た
- 2.チラシ・パンフレットを見た
- 3.電柱広告を見た
- 4.バスアナウンスを聞いた
- 5.駅広告を見た
- 6.紹介された(紹介者:)
- 7.その他()