

**【問診票：皮膚科】**

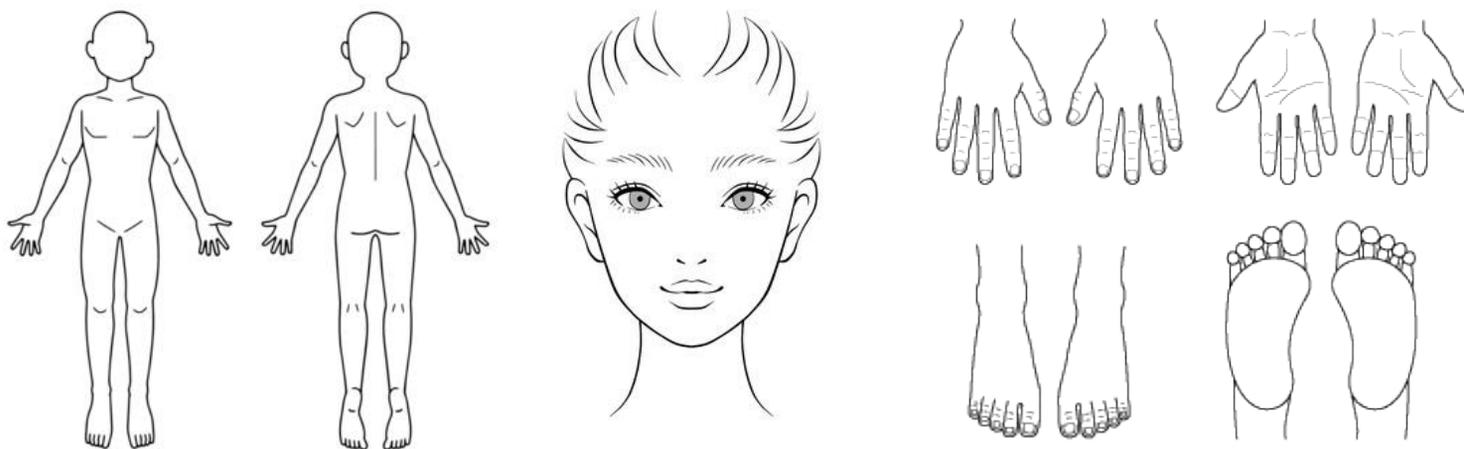
記入日 年 月 日

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( )