

皮膚科問診票

※太枠内は必ずご記入下さい(新患の方・変更のある方は住所・電話番号の記載もお願い致します。)

フリガナ			明 大 昭 平	
氏 名	男・女	生年月日	年 月 日 歳	
住 所	〒 当院初めての方・前回来院時から変更のある方のみ 住所・電話番号の記載をお願いします。		携帯番号	- -
			TEL	- -

《重要》今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬のアレルギー

いいえ はい 薬剤名: _____ 症状: _____

食べ物のアレルギー

いいえ はい 食べ物名: _____ 症状: _____

“体重”と“診察前体温”は中学生以下の方のみご記入ください

◎体重 _____ kg ◎診察前体温 _____ °C

下記のご質問にお答え下さい。

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

・いつ頃からですか。

本日 昨日 2、3日前
1週間前 1か月前 その他()前から

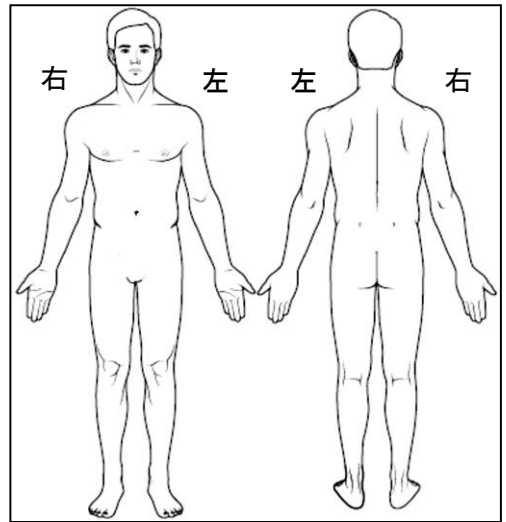
・どのような症状ですか。

かゆみ 痛み ニキビ
はれている 赤み しこりがある
やけど 水虫 アトピー
その他の症状 ()

・どの部位ですか。()

* 右の図にも該当する部分をご記入ください。

* お顔の診察の際、女性の方は事前にメイクを落としていただきます。



高校生以下の受診には保護者同伴が必須となり、終了までご同席ください。ご不在の場合、診療不可となります。

2. この症状で、治療を受けていますか。

いいえ はい ※「はい」の場合はその際の病名や使用した薬の名前をお書き下さい。

[_____]

3. 今までに下記の病気にかかったことはありますか。

喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 花粉症
糖尿病 前立腺肥大 緑内障 その他 ()

4. 今までにかかった大きな病気、ケガがありましたら記入して下さい。

[_____]

5. 現在、他の病院にかかっていますか。

いいえ はい ※「はい」の場合は、ご記入下さい。

病名: _____

6. 現在、内服している薬がある場合はご記入下さい。お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

内服中のお薬:

※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

7. 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

8. (当院が初めての方にお聞きします)当院をどのようにしてお知りになりましたか。

1) 知人の紹介 2) 病院の紹介 3) 通りがかり 4) インターネット 5) チラシ広告 6) 看板 7) その他()

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。