

皮膚科問診票

受診日 年 月 日
診察券をお持ちの方は、※フリガナ・氏名の記入と各質問にお答え下さい。

※フリガナ			生年月日	明大昭平	年	月	日	歳
※氏名			男・女					
住所	〒 -			携帯番号	- -			
				TEL	- -			

“体重”と“診察前体温”は小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。

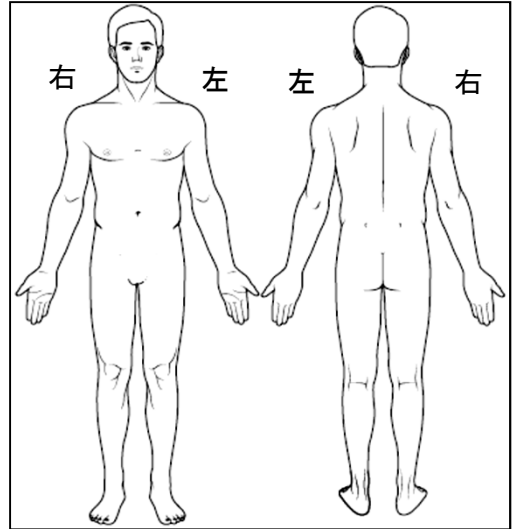
- 1~3日前から 1週間前から
 1か月前から その他()前から

・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
 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、診察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. 今までに入院した病気・けが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: _____

7. 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: _____

8. 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

9. (当院が初めての方にお聞きます)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 ()

外出を希望される方は、受付にてお手続きをお願い致します。可能時間 午前診療12:00まで 午後診療17:30まで
お時間までに戻られず、お呼び出しの際にも不在の場合は、診療受付を取り消しとさせていただきます。

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。