

問診票(皮膚科)

フリガナ _____ 性別 男・女 小児のみ体重
 お名前 _____ 年齢 才 _____ kg

生年月日 明 大 昭 平 _____ 年 月 日

住 所 (〒 -) _____

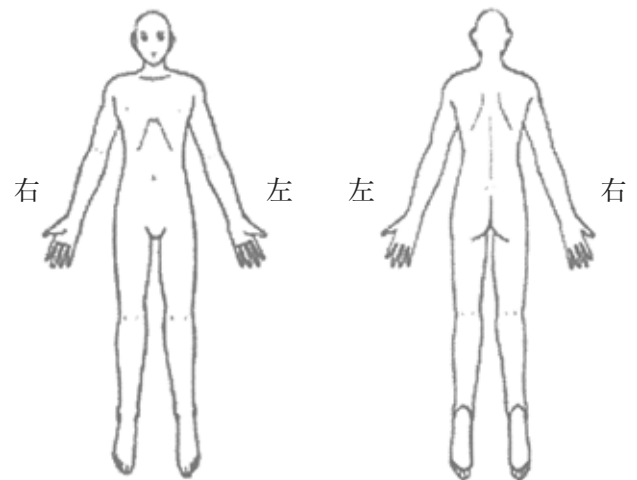
電話番号 _____ 携帯電話 _____

本日はどのような症状で来院されましたか？

あてはまる症状に○をつけてください

かゆみ 痛み 腫れ 赤み カサカサ
 できもの ブツブツ 水ぶくれ 虫刺され 水虫
 ニキビ いぼ ヘルペス 帯状疱疹 蕁麻疹
 とびひ 巻き爪 やけど シミ 花粉症
 その他 ()

あてはまる部分に○をつけてください



病状は何日前頃からありましたか？

()

今までにかかった病気、現在治療中の
 病気はありますか？

はい いいえ

はいの方は病名

()

今まで入院歴・手術歴があればお書きください。

()

現在服用しているお薬、塗り薬はありますか？(お薬手帳をお持ちの方はご提示ください)

はい いいえ はいの方は薬名 ()

薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ある なし

(食物 薬 その他)

(女性の方のみ) 現在妊娠している可能性はありますか？ はい いいえ

差支えなければご来院されたきっかけを教えてください

- ① ご家族のご紹介 ② ご友人、知人のご紹介 ③ ホームページ ④ インターネット
 ⑤ 病院、診療所からのご紹介 ⑥ タウンページ ⑦ 看板 ⑧ クリニックの前を通りかかった
 ⑨ その他 ()

診察に対するご希望があればご記入ください