

問診票

令和 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ 性別 (男・女)

生年月日 (明・大・昭・平・令) _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳

〒 _____

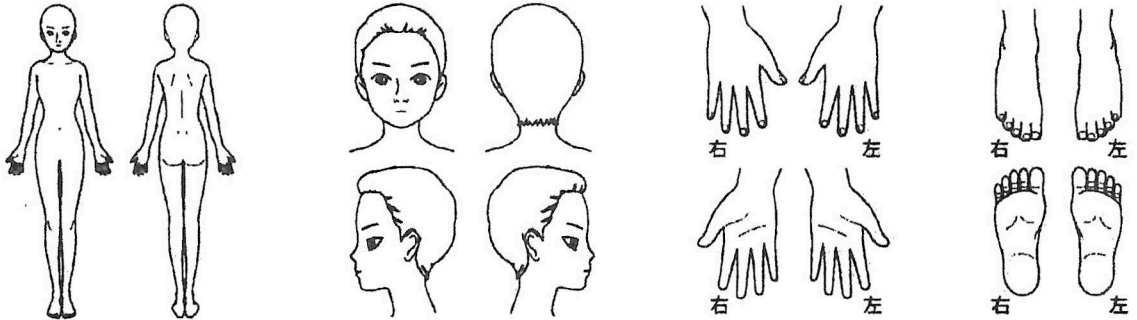
住所 _____

電話番号 (_____) 携帯番号 (_____)

体重 (患者様が小児の場合のみ) _____ kg 熱 (熱がありそうな場合) _____ °C

■いつからどのような症状が症状がありますか

- いつから：(年、 月、 日) 前から
- 症状：かゆい 赤い 湿疹 痛い 水虫 いぼ ほくろ できもの にきび やけど
キズ、ケガ その他 ()
- 上記の症状に関して、治療を受けたことがありますか (ある・ない)
その内容 ()
- 部位 (下の図に印を付けて下さい)



- 現在、他に治療中の病気はありますか (ある・ない)
ある方→病院名 () 病名 ()
- 今までに、どんな病気にかかったり、治療を受けたことがありますか
アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 (花粉症) 喘息 糖尿病 心臓病
高血圧 肝疾患 腎疾患 緑内障 その他 ()
- ご家族の方にアレルギー疾患はありますか
アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 (花粉症) 喘息 その他 ()
- 健康食品を含めて、現在飲んでいる薬はありますか (ある・ない)
ある方→名前 (お薬やお薬手帳を持参) ()
- 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことがありますか (ある・ない)
ある方→薬、食べ物の名前 ()
- 治療のご希望をお聞かせ下さい (○で囲んで下さい)
・健康保険の範囲内で治療 ・自費での治療も希望
- <女性の方に>
・妊娠中ですか (はい [月] ・いいえ) ・授乳中ですか (はい・いいえ)
- お聞きになりたいことがあればご記入下さい

ようこ皮膚科