

皮膚科問診票

ふりがな

お名前 _____ 男・女

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

住所 〒 _____

TEL _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 今日の体温 _____ °C

携帯 _____ (外出時等連絡がとれますようにご記入をお願いします)

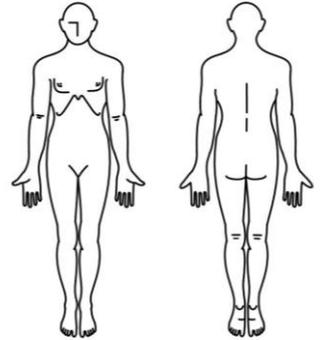
I) 今日はどうされましたか？ (いつからどのような症状があるか教えてください)

・いつ頃からですか？

_____ 年前・ _____ か月前・ _____ 日前・本日 _____ 時頃から

・症状のあるところはどこですか？右図に○をつけてください

・症状 かゆみ 痛み 赤み 皮むけ その他 (_____)



II) この症状で現在または過去に治療を受けましたか？

はい (病名: _____ 治療内容: _____) いいえ

その治療で変化はありましたか？ よくなった 悪くなった 変わらない

III) 現在あるいは過去にかかったことのあるご病気があれば教えてください

アトピー性皮膚炎 喘息 アレルギー性鼻炎 糖尿病 高血圧 心臓病

肝臓病 前立腺肥大 緑内障 その他 (_____)

IV) 現在使用しているお薬があれば教えてください (お薬手帳がある方はそのままお出しください)

V) お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

はい (_____) いいえ

VI) 女性の方のみ

妊娠されていますか？ はい (_____ 週) いいえ 可能性あり

授乳されていますか？ はい (お子様の年齢 _____ 歳 _____ か月) いいえ

VII) お薬についてお伺いいたします。できれば処方を受けてほしい (苦手な) お薬はありますか？

錠剤 粉薬 水薬 (シロップ) カプセル 漢方薬 特になし

VIII) 当クリニックを何でお知りになりましたか？

当院ホームページで 医療系検索サイトで(サイト名: _____) 目黒区の検診案内を見て 通りがかり

かかりつけの先生からの紹介(病医院名: _____) チラシ・リーフレットを見て

ご家族・ご友人の紹介(お名前: _____) その他(_____)

ありがとうございました。ご記入されました個人情報に関しましては、当クリニックでの診療以外には使用いたしません。なお、匿名での対応をご希望の方は受付までお申し出ください。