

皮膚科問診票

日付 年 月 日

カナ

氏名 年齢 歳 体重 Kg

・当院皮膚科から連絡が必要な場合、連絡してもいいですか？

はい いいえ

1. 右下図で具合の悪い所に○をつけてください。

2. どんな症状ですか？

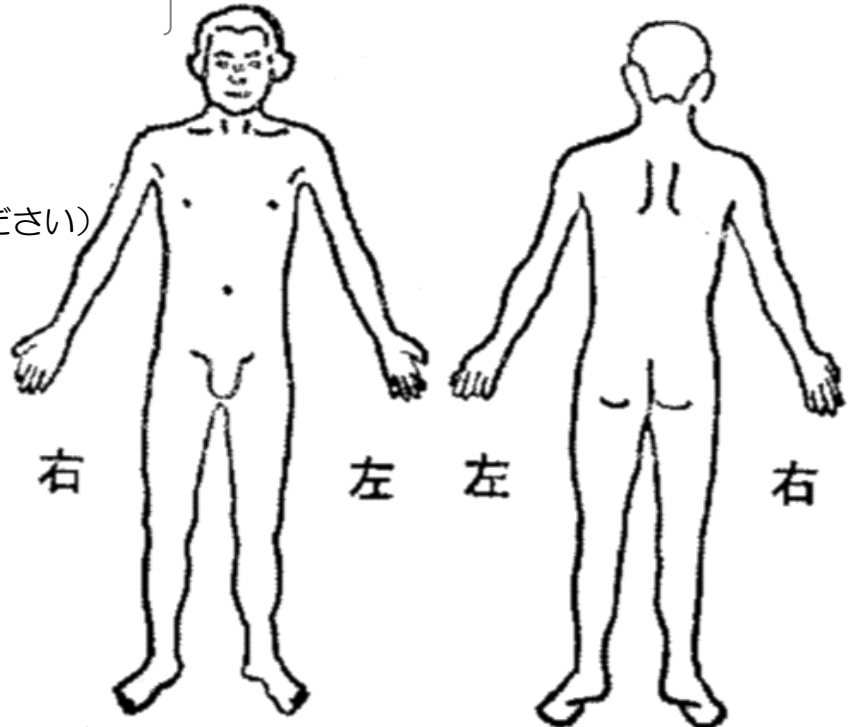
いつから []

部位 []

どのような症状ですか？

- かゆい
- 痛い
- その他（具体的にお書きください）

[]



3. 今までにお薬のアレルギーがありますか？

ある [] ない

4. 現在、内服している薬や健康食品はありますか？

ある [] ない

5. 今までにかかったことがある病気があればお書きください。

ある []

心臓 腎臓 肝臓 肺疾患 血液疾患 脳血管疾患

悪性腫瘍 膠原病 糖尿病 高血圧 消化器疾患 結核

甲状腺疾患 前立腺疾患 緑内障 喘息 花粉症

その他 []

ない

6. 現在、仕事に乗り物の運転をされますか？

はい [] いいえ

顔の診察を受ける方は化粧を落としてお待ち下さい。

うらへ

7. 現在、子供を作る予定はありますか？

- ある ない 妊娠中 授乳中

8. どのようにして当院皮膚科を知りましたか？

- 当院の前を
 当院の整形外科から
 当院ポスター
 インターネット
 以前に当院皮膚科に受診したことがある
 家族が当院皮膚科に受診したことがある
 知人、家族から
 その他

9. 相談したいことや治療についての希望などがあればお書きください。

- なるべく飲み薬は飲みたくない
- 痛みを伴う治療はしたくない
- 通院しやすい曜日、時間帯・・・など

下記をご記入ください。

〒

住所

電話番号

◎領収書、診療明細書が不用な方（レシートのみでよい）はサインして下さい。

氏名