

皮膚科問診票

ID _____

フリガナ _____

お名前： _____ (男 ・ 女)

生年月日： T・S・H _____ 年 月 日 (満 _____ 歳 _____ カ月)

(15 歳未満の方 → 体重 _____ kg)

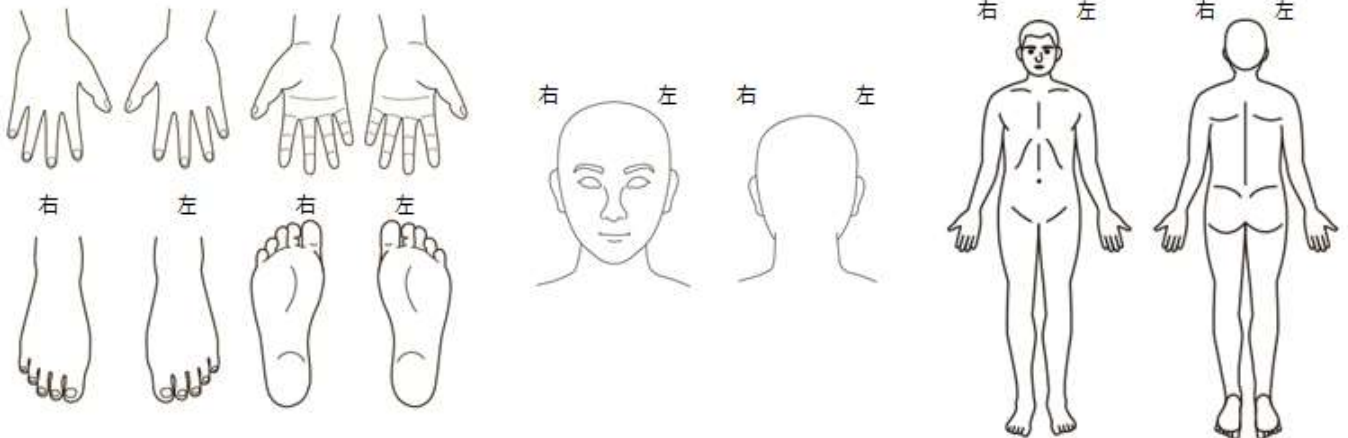
住所： 〒 _____ - _____

電話番号 (緊急時連絡先)： _____ - _____

当クリニックをお知りになったきっかけ

1. 近所だったから
2. 看板を見て (駅の看板・電柱の看板)
3. 家族が通っているから
4. ご紹介
5. 当院ホームページ
6. その他 Web サイト
7. その他 (_____)

◎ 本日の症状 (症状がある部位に○をしてください)



◎ どのような症状がありますか？

痛み かゆみ 腫れ 違和感 かさつき 湿疹 その他 (_____)

◎ いつからその症状がありますか？

(_____) 日前 (_____) 週間前 (_____) ヶ月前 (_____) 年前

◎ 同じ症状で他院を受診されましたか？受診された方のみご記入ください。

病院 (_____) 薬 (_____)

◎ 現在、治療中の病気はありますか？ある方のみご記入ください。

病名 (_____) 薬 (_____)

◎ 現在、血をサラサラにするお薬を内服されていますか？されている方のみご記入ください。

薬 (_____)

◎ 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

ない ある (_____)

◎ 女性のみ：妊娠している可能性がありますか？ ない ある