

# 皮膚科問診票

平成 年 月 日

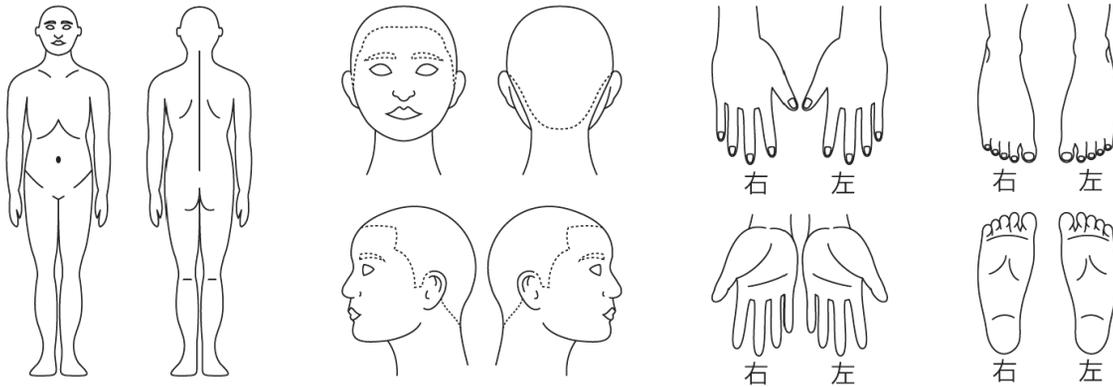
フリガナ				性別
氏名				男・女
生年月日( 明治・大正・昭和・平成 )	年	月	日	歳
住所(〒 - )				
電話番号	( ) -	緊急連絡先	( ) -	

◆いつ頃から ( )

・症状に○を付けてください

かゆい、痛い、かさかさ、赤くなっている、水虫、イボ、ホクロ、きず、虫さされ、できもの  
ニキビ、あざ、その他 ( )

・部位(絵に印を付けてください。)



◆今回と同じ症状で他の病院を受診されましたか

いいえ ・ はい

はいの方は いつ \_\_\_\_\_ 病院名 ( )

◆今までにかかったことのある病気を教えてください

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎(花粉) 喘息 糖尿病 心臓病 高血圧  
胃潰瘍 肝臓疾患 腎臓疾患 膠原病 前立腺肥大 緑内障 輸血  
その他 ( )

◆現在、使用している薬はありますか

ない ・ ある ※薬手帳を医師にお見せ下さい

◆現在、通院中の医療機関はありますか

ない ・ ある

◆現在、サプリメントなどを使用していますか

ない ・ ある

◆今までに大きな病気をしたことがありますか(手術を含めて)

ない ・ ある

(病名 \_\_\_\_\_ 歳 治療内容 \_\_\_\_\_ )

◆アレルギーはありますか

薬物 ない・ある ( 薬品名 \_\_\_\_\_ )

食物 ない・ある ( 食物名 \_\_\_\_\_ )

★女性のみ 現在 ( 月経中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 妊娠中 ・ 授乳中 )

■ 当院をどのように知りましたか?

インターネット・広告・看板・紹介(家族・知人・他医院)・近所・通りがかり・その他 ( )

ホームページはご覧になりましたか? はい ・ いいえ