

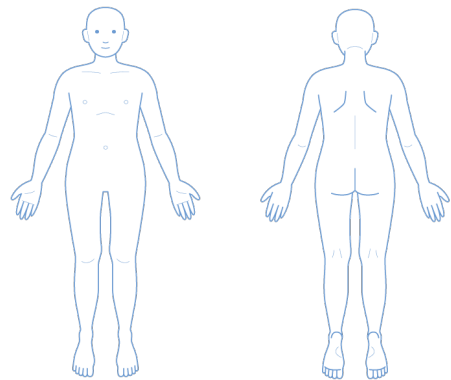
問診票

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年 月 日		
お名前			年齢	体重（小学生以下）	体温	
ご住所	〒					
携帯電話		自宅電話				

1. いつからどのような症状がありますか。

2. 症状がある場所はどこですか。

日前	週間前	ヶ月前	年前
☐ かゆい	☐ 痛い	☐ 症状なし	☐ 赤い
☐ かさかさ	☐ 腫れている	☐ じくじくする	
☐ 血がでる	☐ 膿が出る	☐ 水ぶくれ	
☐ ほくろ	☐ いぼ	☐ あざ	☐ 毛が抜ける
☐ みずむし	☐ 爪の変形	☐ シミやシワ	
☐ その他 _____			



3. 今回のことで市販薬を使用したり、他の皮膚科で治療を行いましたか。

病院名 _____ お薬 _____

4. 今までに病気をされたことはありますか。

☐ 糖尿病
 ☐ 心臓病
 ☐ 脳疾患
 ☐ 肝臓病
 ☐ 腎不全
 ☐ 喘息
 ☐ 花粉症
☐ 緑内障
 ☐ 前立腺肥大症
 ☐ その他 _____

5. 現在かかりつけの病院はありますか。

病院名 _____

☐ お薬手帳をお持ちですか。
 ☐ 持参した
 ☐ 忘れた
 ☐ なし

6. 薬や食べ物のアレルギーはありますか。 ☐ なし ☐ あり _____

7. 現在妊娠、授乳をされていますか。 ☐ なし ☐ 妊娠中 _____ 週 ☐ 授乳中

8. 工作中、学校での受傷、事故の場合はチェックをして下さい。 ☐ 工作中 ☐ 学校 ☐ 事故

9. 当院を何で知りましたか。 ☐ 知人の紹介 ☐ ホームページ ☐ 広告 ☐ 家が近い

当院では保険診療と同日に自費診療は行っておりません。

あらかじめご了承下さい。

ご記入頂きありがとうございました。