

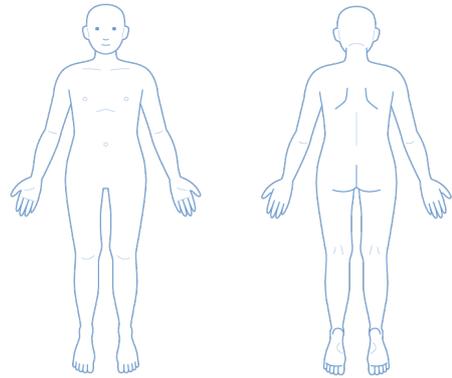
問診票

フリガナ		男	生年月日	年 月 日		
お名前			女	年齢	体重 (小学生以下)	kg
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
<input type="checkbox"/> かゆい	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 赤い
<input type="checkbox"/> かさかさ	<input type="checkbox"/> 腫れている	<input type="checkbox"/> じくじくする	
<input type="checkbox"/> 血がでる	<input type="checkbox"/> 膿が出る	<input type="checkbox"/> 水ぶくれ	
<input type="checkbox"/> ほくろ	<input type="checkbox"/> いぼ	<input type="checkbox"/> あざ	<input type="checkbox"/> 毛が抜ける
<input type="checkbox"/> みずむし	<input type="checkbox"/> 爪の変形	<input type="checkbox"/> シミやシワ	
<input type="checkbox"/> 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。