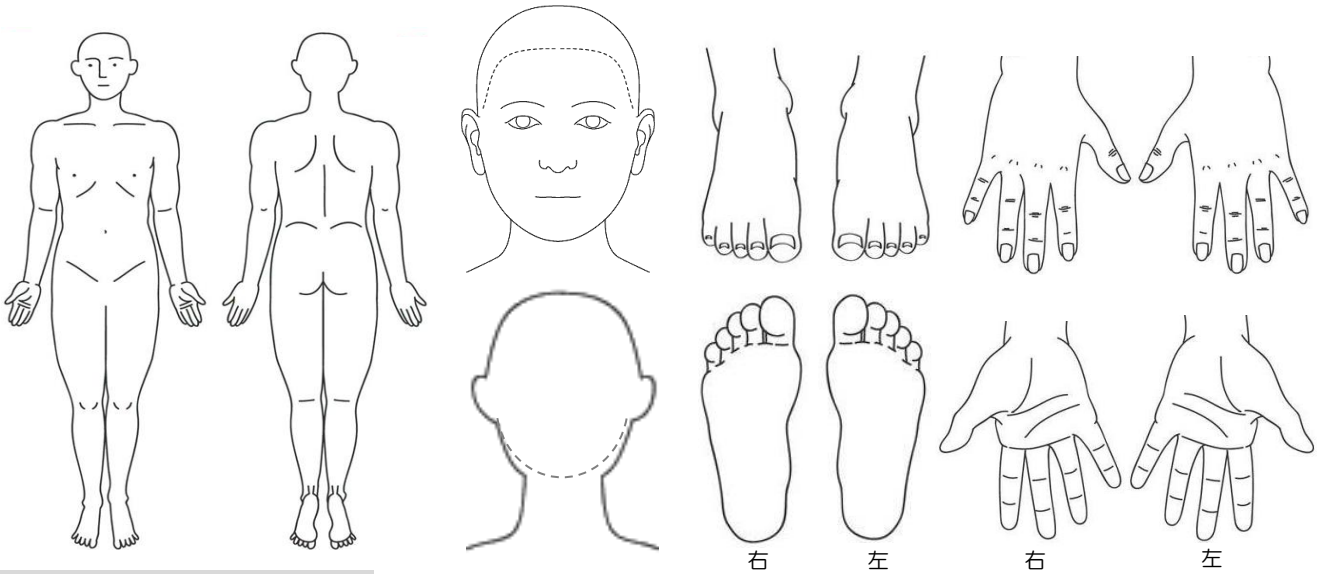
皮膚科問診票

記入日　　年　　月　　日

フリガナ 氏名	男・女	〒 住所 ※連絡が取りやすい方にチェックをつけて下さい
生年月日　T　S　H　R　　年　　月　　日		電話番号　□（　　）　　－
年齢　　歳	体重 ※子供さんのみ　　kg	携帯番号　□（　　）　　－

1.診察を希望される部位に〇をつけてください。 *顔の診察を受ける方は化粧を落としてお待ちください。



2.いつ頃からですか？

（　　）

3.どのような症状ですか？　※具体的にお書きください

（　　）

4.何かきっかけや思い当たることはありますか？　□ある　□ない

（　　）

5.今回の症状に対して治療を受けたことがあればお書き下さい。　□ある　□ない

診断名　　治療内容（薬の名前など）

（　　）

6.アレルギーはありますか？　□ある　□ない

- 薬（　　）
- 花粉症（　　）
- 金属（　　）
- 食べ物（　　）
- 動物（　　）
- アトピー性皮膚炎　・喘息　・鼻炎　・その他

7.現在、何かお薬を飲んでいますか？　□ある　□ない

「はい」の方→お薬手帳や薬剤情報を受付にお出し下さい
お持ちでない方→お薬の名前

（　　）

8.今までにかかった疾患はありますか？　□はい　□いいえ

帯状疱疹　前立腺肥大　緑内障　心臓　腎臓　肝臓　消化器　甲状腺　呼吸器　脳血管障害
悪性腫瘍　糖尿病　高血圧　結核　高脂血症　その他

裏もあります

9.タバコは吸いますか？

□はい〔1日＿＿＿本＿＿＿年間〕　□いいえ

10.現在、仕事中に乗り物の運転はされますか？　※車・バス・タクシー・トラックなど

□はい〔　　〕　□いいえ

11.女性の方にお聞きします。

妊娠中ですか？　□はい〔妊娠　　ヵ月〕　□不明　□いいえ

授乳中ですか？　□はい　□いいえ

12.どのようにして当院皮膚科を知りましたか?

□当院の前を通って
□近所
□窓の広告を見て
□院内掲示を見て
□当院の整形外科からすすめられて
□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
□知人、家族から聞いて
□その他

13.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