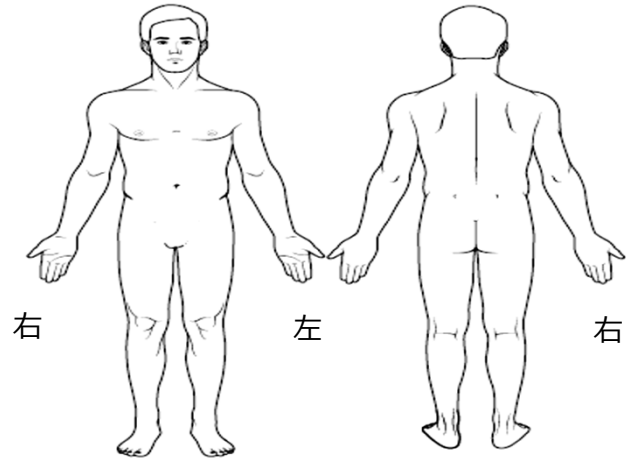


ID:

# 皮膚科 問診票

フリガナ		性別	生年	明・大・昭・平	体重	kg
氏名		男・女	月日	年 月 日( 歳)		
住所	〒	当院に初めて受診される方は 住所・電話番号をご記入ください			TEL	
					携帯番号	

1. いつからお困りですか ( ) 頃から	3. 症状のある部位はどこですか 図の中に○をつけてください
2. どのような症状ですか  <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> ぼつぼつ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> かさかさ <input type="checkbox"/> 赤み <input type="checkbox"/> やけど (工作中・それ以外) <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> イボ <input type="checkbox"/> 水虫 <input type="checkbox"/> ニキビ <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> AGA(自費) <input type="checkbox"/> ハイドロキノン(自費) <input type="checkbox"/> ピアス(自費)	
<input type="checkbox"/> 症状の引き続き治療 <input type="checkbox"/> お薬が無くなった <input type="checkbox"/> 証明書・診断書等の希望	



この症状で、治療を受けたことはありますか       いいえ     はい

現在内服している薬はありますか       いいえ     はい (お薬手帳:  あり     なし)  
内服している薬 ( )

今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはありますか  
 喘息     高血圧     心臓病     肝臓病     腎臓病     糖尿病     前立腺肥大  
 緑内障     その他 ( )

薬や食べ物のアレルギーはありますか  
薬 :  いいえ     はい  
食べ物 :  いいえ     はい

薬剤名:	症状:
食べ物名:	症状:

女性の方のみお答えください

※妊娠中ですか:  いいえ     はい     可能性がある (妊娠 週目)   
※授乳中ですか:  いいえ     はい (出産予定日 年 月 日)

\*本日は何を見て来院されましたか。○をつけてください。

1) 知人の紹介	2) 病院の紹介	3) 通りがかり	4) インターネット
5) 広告・チラシ	6) 地域新聞	7) 駅看板	8) その他 ( )

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付窓口までご提出ください。