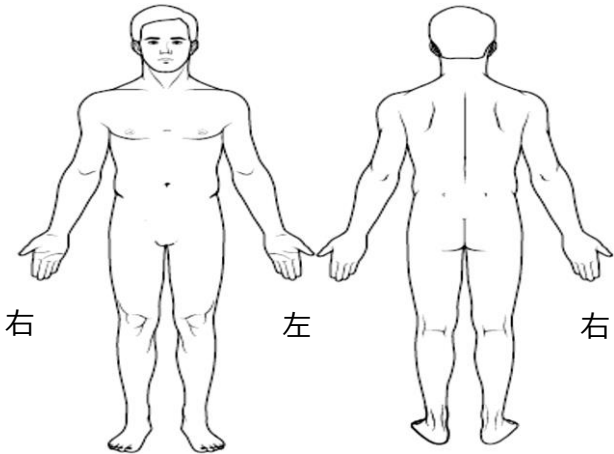


ID:

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)	※小学生以下記入必須	
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 <u>※他院にて診断された病状の治療・許可証明の記入はお受けできません</u>	

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。