

ID番号

お名前
(カタカナ)

ドクターランド船橋

皮膚科 問診票

*診察券のない方は
診療申込書もご記入下さい

◎体重 [. kg] ※小学生以下のお子様は必ずご記入下さい。

1.いつ頃からどのような症状でお困りですか。 (詳細は診察室でお話下さい。)

いつ頃からですか。 _____

どのような症状ですか。 _____

症状が出ている部位はどちらですか。 _____

症状の原因は何ですか。 交通事故 工作中・通勤中のケガ 不明

その他 (_____)

2.今までに薬剤でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

いいえ はい → 薬剤名: _____ 症状: _____

3.今までに大きな病気・ケガ・手術歴などがありましたら記入して下さい。

いいえ はい →: _____

4.現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

いいえ はい →: _____ お薬手帳 あり なし

ここからは成人の方のみご回答下さい

5.女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり

授乳中ですか いいえ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。