

# 皮膚科問診票

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 ( 男 ・ 女 ) 職業 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

・いつ頃からですか。 ( \_\_\_\_\_ から)

・症状のあるところはどこですか。(右図に○をつけて下さい)

・どのような症状で

( \_\_\_\_\_ )

2. 今回の症状の原因として思い当たる事がありますか。

(例 薬・食事・化粧品・仕事・どこかに出かけたなど)

( \_\_\_\_\_ )

3. この症状で、現在あるいは過去に治療を受けていますか。

( はい ・ いいえ )

「はい」の方… 病名( \_\_\_\_\_ )

また、その治療法でどのような変化がありましたか。

(よくなった ・ 悪くなった ・ 変わらない ・ その他[ \_\_\_\_\_ ] )

4. 今までにかかった病気を○で囲んで下さい。

アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 糖尿病

高血圧 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 前立腺肥大

緑内障 ・ その他( \_\_\_\_\_ )

5. 現在、他の病院にかかっていますか。( はい ・ いいえ )

「はい」の方… ( \_\_\_\_\_ )科 病名( \_\_\_\_\_ )

6. 現在、使用している薬はありますか。 ( はい ・ いいえ )

「はい」の方… 内服薬 ( \_\_\_\_\_ )

外用薬 ( \_\_\_\_\_ )

お薬手帳をお持ちの方はそのままお出しください。

7. 今までにお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。( はい ・ いいえ )

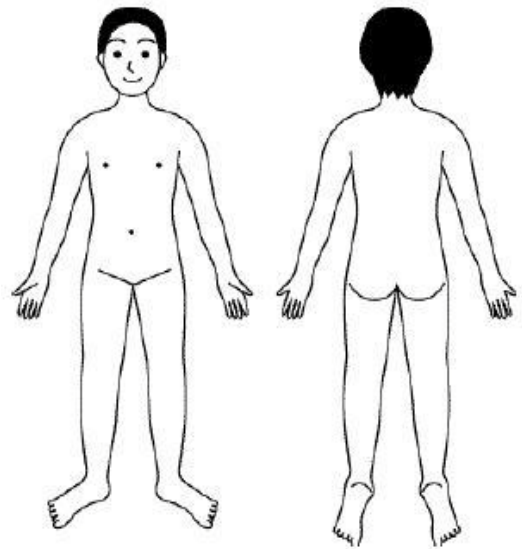
「はい」の方… お薬・食べ物の名前( \_\_\_\_\_ )

8. 女性の方のみお答えください。

・妊娠中ですか ( はい[ \_\_\_\_\_ ]ヶ月 ・ いいえ ) 授乳中ですか ( はい ・ いいえ )

9. 何を見て来院されましたか。○をつけてください。

知人の紹介 通りがかり インターネット 広告 その他( \_\_\_\_\_ )



ご協力ありがとうございました。順番がきましたら、お呼びいたしますので、もう少々お待ちください。