

【皮膚科問診票】

年 月 日

フリガナ		性別	男性・女性
氏名		生年月日	T・S・H・R 年 月 日
			(歳)
住所	〒	電話番号	()
		緊急連絡先	関係()
体温:昨日= °C ・ 本日= °C		体重 :	kg(15歳未満の方)

(1) いつからどんな症状がありますか？

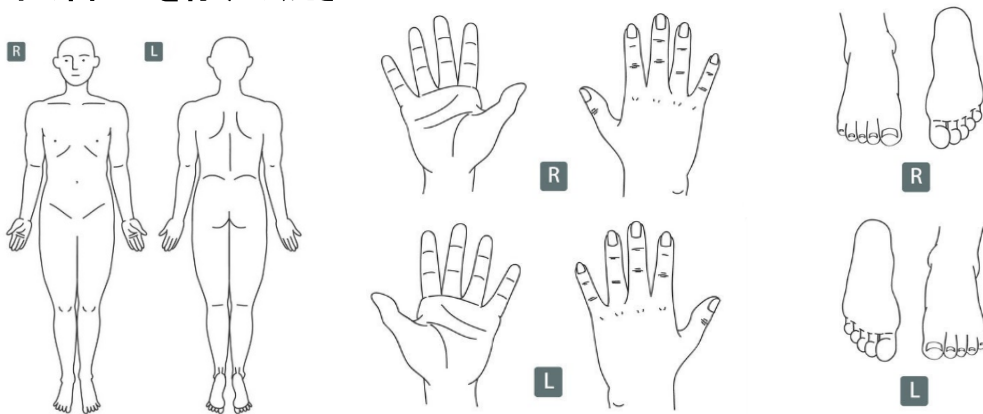
日前 週間前 ヶ月前 年前

症状:かゆい、痛い、赤くなった、腫れた、ポツポツがある、皮が剥ける、じゅくじゅくする

できものがある、虫刺され、ほくろ、ニキビ、巻き爪、シミ、脱毛、AGA

その他()

(2) 部位:下の図に○を付けてください



(3) 今までにかかれた病気はございますか？治療中の病気もありましたら記載をお願い致します。
()

(4) 今までに手術を受けられた事はありますか？(はい・いいえ)
()

(5) 現在服用中のお薬はありますか？(はい・いいえ) ※記載、又はお薬手帳を受付にお渡し下さい。
()

(6) アレルギーはありますか？(はい・いいえ)
薬()食べ物()花粉()

(7) タバコは吸われますか？(吸う 1日 本、喫煙 年間 ・吸わない)

(8) 女性の方へ: 妊娠中(はい・いいえ) 妊娠の可能性(ある・ない) 授乳中

(9) 当院を知ったきっかけを教えてください。

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| 1.五反野駅の看板を見た。 | 6.チラシを見た |
| 2.ホームページを見た。 | 7.ネット上のポップアップ・バナーを見た。 |
| 3.電柱看板を見た | 8.その他() |
| 4.紹介された。(紹介者:) | |
| 5.回覧板を見た。 | |