

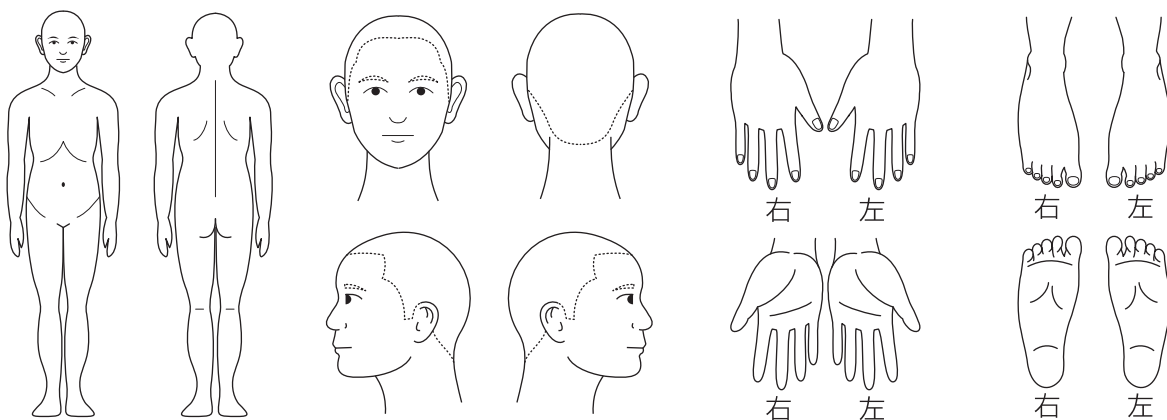
# 皮膚科問診票

平成 年 月 日

フリガナ			男	生年月日 明 昭 年 月 日 才			
氏 名			女	大 平 年 月 日 才			
住 所	〒		電話 ( )				
職 業 (具体的に)			身長	cm	体重	kg	

1. いつからどんな症状がありますか

- a) いつから：( 年、 カ月、 週、 日) 前から
- b) 症 状：かゆい・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・できもの・にきび・その他 ( )
- c) 上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか  はい  いいえ
- 病名 ( ) 病院名 ( )
- d) 部 位：(下の図に印を付けて下さい。)



2. 現在、他に治療中の病気はありますか  はい  いいえ
- 病名 ( ) 病院名 ( )

3. 今までに、どんな病気にかかったり、治療を受けたりしたことがありますか

- アトピー性皮膚炎  アレルギー性鼻炎(花粉症)  喘息  糖尿病  心臓病
- 高血圧  胃潰瘍  肝疾患  腎疾患  膠原病  前立腺肥大
- 緑内障  輸血  手術 ( )  その他 ( )

4. 家族の方にアレルギー疾患はありますか

- アトピー性皮膚炎  アレルギー性鼻炎(花粉症)  喘息  その他 ( )

5. 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか  ある  ない

- 薬、食べ物の名前 ( )

6. <女性の方に> 現在、妊娠中ですか、またはその可能性はありますか

- 現在妊娠している ( カ月)  可能性あり  可能性なし

7. その他、お気づきの点がございましたらご記入下さい。

( )

8. 当医院を知った(選んだ)きっかけを教えてください。

- 友人・知人の紹介  看板をみて  ホームページ  その他 ( )