

# 問診票

No. \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

フリガナ		性別 男 ・ 女	年齢 才
氏名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	職業	
住所 〒			
携帯・電話番号 ( )			

●女性の方だけお答え下さい。

☆妊娠されていますか？	いいえ・わからない・はい( 週目)
☆授乳中ですか？	いいえ・はい(生後 か月)

※12才以下の方 体重 \_\_\_\_\_ k g

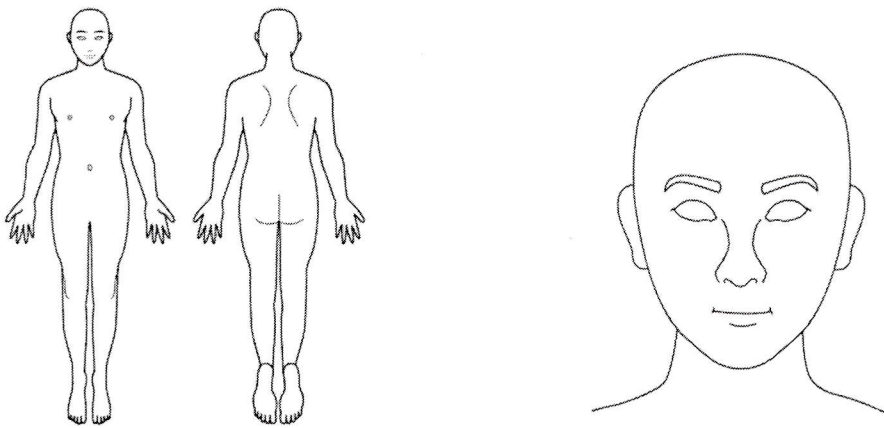
#1. 皮膚はどんな症状ですか？

じんましん・かゆいぶつぶつ・にきび・水虫・いぼ・たこ・魚の目・アトピー性皮膚炎・乾燥肌・水いぼ・ヘルペス・やけど(熱傷)・その他( )

#2. なかなか治らない皮膚の発疹( 年・ か月)

この症状で当院受診の前に、他の病院を受診されましたか？ はい・いいえ  
前医の診断名がお分かりならお答えください。 診断名( )

#3. 症状は体のどこにありますか？ 絵に○をつけて下さい。



●内科の治療中の病気はありますか？

はい・いいえ……はいの方は下記に○をつけるか記入して下さい。

(高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・喘息・心臓疾患・その他( ))

●エリテマトーデスなど膠原病・薬疹などのアレルギーはありますか？

はい・いいえ……はいの方は下記に病名、アレルギーを記入して下さい。

( )

△現在お薬を飲んでいますか？

はい・いいえ……はいの方は下記に記入して下さい。

( )

なお、外科処置(切開、手術、外傷縫合など)は当院では行っていません。

近隣の医療機関を受診してください。ご紹介が必要な方は受付にお申し出下さい。