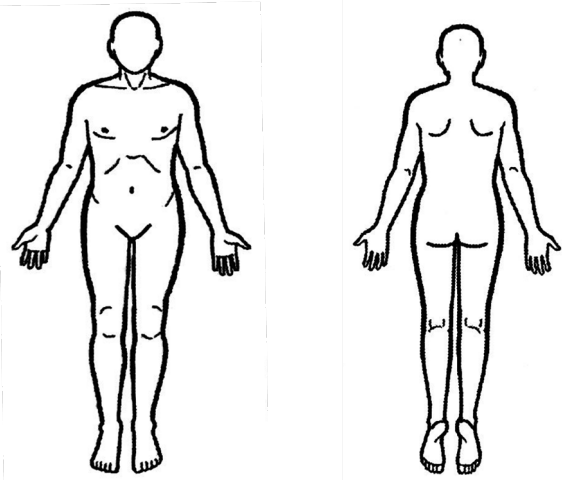


皮膚科 問診票

再診の方は太枠内のみご記入ください。

フリガナ	生年	大正 昭和			
お名前	月日	平成 令和	年	月	日 (満 歳)
	性別	男性 女性	職業	体重	kg
ご住所〒					
電話番号 ☎ご自宅			☐携帯		

該当する項目に○もしくはご記入ください

1. 症状はいつ頃からですか	年前	ヶ月前	週前	日前	から
2. どんな症状ですか ○をご記入してください 症状のある場所を絵に書き込んでください かゆみ 痛い 腫れている 赤くなっている カサカサ できもの いぼ ヒリヒリ 水虫 ニキビ 蕁麻疹 虫刺され シミ 巻き爪 その他()					
3. 上記の症状に関して 治療を受けたことがありますか	1. はい 2. いいえ ➡具体的に：				
4. お仕事上のケガ、病気ですか	1. はい 2. いいえ				
5. 今までにどんな病気をしましたか	1. ある（下記項目に○をご記入ください） 2. ない 糖尿病 高血圧症 高脂血症 膠原病 喘息 脳卒中 肝疾患 腎疾患 心疾患 緑内障 その他（ ）				
6. アレルギーはありますか	1. はい 2. いいえ ・お薬（ある・ない）➡具体的に： ・食物（ある・ない）➡具体的に： ・その他（ある・ない）➡具体的に：				
7. 現在飲んでいるお薬はありますか	1. はい 2. いいえ (薬の名称：)				
8. 抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬を 飲んで眠くなったことはありますか	1. はい 2. いいえ (薬の名称：)				
9. 女性の方へ： 現在、妊娠・授乳中ですか？	1. はい ☐妊娠(月) ☐授乳中 2. いいえ ☐可能性がある				

ご記入ありがとうございました。受付にお渡しいただけますよう、お願い致します。



大田医院