

問診表

カルテ ID: _____

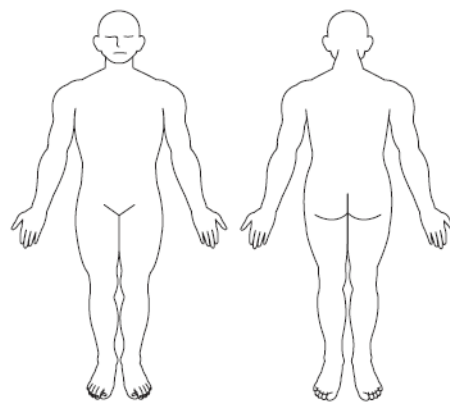
受付日: 平成 年 月 日

当院を初めて受診される方は下記の質問にお答えの上、受付へご提出ください。

| | | | | |
|------|-------------|---|-----|------|
| ふりがな | | | | |
| 氏名 | 明治・大正・昭和・平成 | 年 | 月 | 日生 |
| | | | 男・女 | |
| 住所 | 〒 | | | |
| | | | | 電話番号 |

1. どのような症状ですか？

赤み・かゆみ・痛み・ぶつぶつ・水ぶくれ・かさかさ
腫れている・かぶれている・膿がでる・ニキビ・水虫
じんましん・アトピー・やけど・水いぼ
その他 ()



*症状のあるところ右図に○をつけてください。

2. 症状が出たのはいつ頃ですか？ ()

3. 今回の皮膚病の原因として思い当たることがありますか。ある場合は記入してください。

(薬・食べ物・化粧品・仕事・どこかに出かけた 等)

()

4. この症状について今まで他の医療機関で治療を受けていれば記入してください。

治療内容(薬の名前など) ()

5. 現在、治療中の病気がありますか？ ない・ある ()6. 現在服用されているお薬はありますか？ ない・ある ()

*お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出してください。

7. アレルギー(食物・薬・アレルギーの病気)はありますか？

ない・ある (アトピー性皮膚炎 / じんましん / かぶれ / 喘息)

8. 女性の方のみお答えください。妊娠中ですか？また、妊娠の可能性はありますか？

いいえ・はい

9. 当院をどのようにして知りましたか？

インターネット・広告(チラシ・雑誌)・知人 家族からの紹介・看板他医療施設からの紹介()・その他()