

問診票

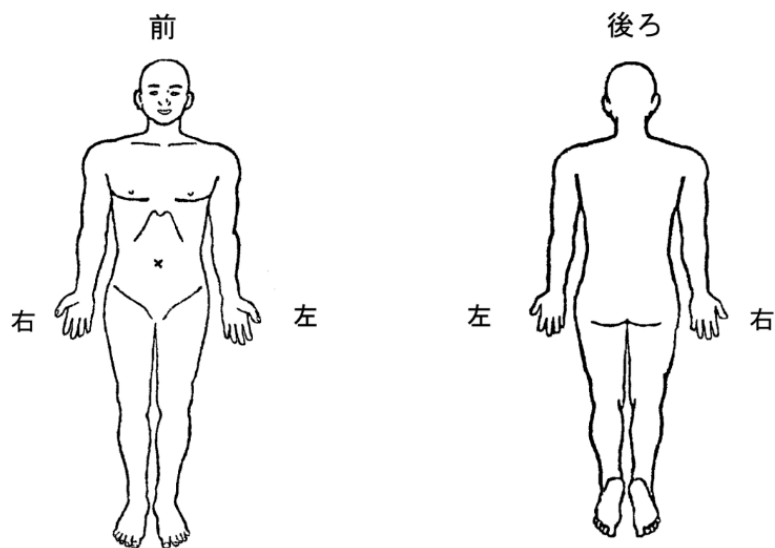
Name	Family name, First name, Middle initial	Nationality		
(フリガナ)		国籍		
お名前	殿			
Birth Date 生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 才	Sex 性別	M F 男 女	
Address 住所	〒			
↓日中連絡がつく番号の明記をお願いいたします。↓		Occupation 職業		
TEL 自宅電話	— —			
Mobile phone 携帯電話	— —			

身長 _____ c m 体重 _____ k g

◆紹介状はありますか はい ・ いいえ

次の該当する項目に○記または御記入下さい。

1. どこが悪いですか？症状がある部分に○をつけて下さい



2. どのように悪いですか？

- 1) かゆい 2) いたい 3) はれている 4) 水疱ができる
 5) おできがある 6) 発疹がある (赤・褐色・黒・青・白・黄・その他)
 7) いぼがある 8) 髪の毛がぬける 9) 皮がむける
 10) その他 (_____)

裏面も御記入下さい。

3. それはいつからですか。原因はありますか。
年 月 日から (才から) ()

今までに同じようになったことはありますか。→ はい いいえ

4. 今回の症状で今までにどこかで診察を受けましたか。

1) うけた 年 月 日 2) うけてない
医療機関名
診断名

5. 今までにどんな病気をしたことがありますか。あれば何才頃ですか。

(皮膚科以外の病気も書いてください)

1) 才 4) 才
2) 才 5) 才
3) 才 6) 才

6. 現在、他の医療機関に通院していますか

医療機関名
診断名

7. 家族の人に同じような病気がありますか。

いいえ はい (どなたが?))

8. 食品、薬剤、その他でアレルギーをおこしたことはありますか。

()

9. 血液をサラサラにする薬を飲んでいますか。

いいえ はい (薬剤名)

10. 女性の方へ

妊娠している可能性はありますか。また、授乳中ですか。

いいえ はい (ヶ月)・授乳中

11. どのようにしてこのクリニックを知りましたか?

他院からの紹介 親戚・知人の紹介 インターネット TV 新聞 雑誌
その他 ()

ありがとうございました。受付までお持ちください