

# 問 診 表 (皮膚科初診用)

記入日 令和 年 月 日

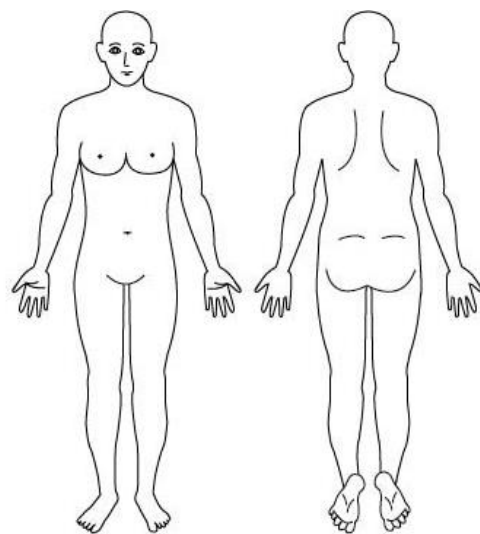
|       |                    |      |     |
|-------|--------------------|------|-----|
| ふりがな  |                    | 性別   | 男・女 |
| 氏名    |                    |      |     |
| 住所    | 〒                  |      |     |
| 生年月日  | 大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳) |      |     |
| 電話番号  | (自宅)               | (携帯) |     |
| 身長・体重 | cm                 |      | kg  |

1. 右の図の症状があるところに○をつけて下さい。

・いつ頃からですか。(                      から)

・どのような症状ですか

かゆい 痛い ぶつぶつ かさかさ 赤み 水ぶくれ やけど  
水虫 ニキビ いぼ タコ/魚の目 じんましん アトピー  
その他 (                      )



2. この症状で、現在あるいは過去に治療をうけた事がありますか。

① はい (病名:                      医療機名:                      )

② いいえ

どのような薬が処方されましたか?

(薬剤名:                      )

3. これまでにかかった病気、または現在治療中の病気に○をつけて下さい。

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎(花粉症) 喘息 高血圧 高脂血症 糖尿病 胃潰瘍 心臓病 腎臓病  
肝臓病 リウマチ 痛風 脳疾患 前立腺肥大 がん/腫瘍(部位                      ) 甲状腺の病気 緑内障  
心療内科疾患(うつ、不安神経症など) その他 (                      )

4. 現在、何かお薬をのんでいますか?

①はい (お薬の名前:                      )    ②いいえ

\*お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。

5. 今までお薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか。

①はい・・・お薬・食べ物の名前 (                      )    ②いいえ

6. 女性の方にお尋ねします。

・妊娠中ですか?    ①はい(週数:                      )    ②いいえ    ・授乳中ですか?    ①はい    ②いいえ

～簡単なアンケートをお願いしております。ご協力をお願い致します。～

・当院を知ったきっかけは?

電話帳・建物看板・家族、友人の紹介・当院のホームページ・インターネット・他医療機関の紹介・  
その他 (                      )

・通院手段は?

徒歩・自転車・自家用車・タクシー・バス・電車