

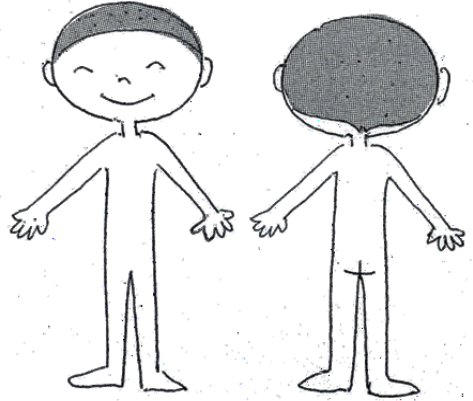
か わ い 皮 ぶ 科 問 診 票

ふ り が な

お名前 () 男 ・ 女
生年月日 (T ・ S ・ H ・ R 年 月 日) 年齢 (才)
住所 〒 -
()
電話番号 (携帯) (自宅)

* 症状が出たのはいつ頃ですか?
()

* 当てはまる症状に○をつけてください。
赤み ・ かさかさする ・ かゆみ ・ 痛み ・ できもの
イボ ・ 水虫 ・ にきび ・ じんましん ・ アトピー
虫刺され ・ 脱毛 ・ やけど
その他 ()



* 右の絵のあてはまる部位に○をつけてください。

* 現在、治療中、または今までにかかった病気はありますか？

ない
あり (下記のあてはまるものに丸をつけてください)
心臓病 高血圧 糖尿病 脳梗塞 肝臓病 腎臓病 緑内障
花粉症 喘息 その他 []
: 手術歴 ()

* 現在、内服している薬や、ぬっている薬がありますか？

ない ある → []

※お薬手帳など具体的にわかるものがあれば、ご用意をお願いします。

* お薬や食べ物でアレルギー症状がでたことはありますか？

ない ある → []

* 15歳以下の方は体重を記入してください。 (kg)

* 女性の方のみ記入してください。

現在、妊娠していますか？ (はい ・ いいえ)

現在、授乳していますか？ (はい ・ いいえ)

* 当院をどのようにして知りましたか？

医師からの紹介 知人からの紹介 通りがかり 看板 ホームページ
その他 []