

Interview sheet : Dermatology

問 診 票

Please submit your health insurance card

堀切皮膚科クリニック

保険証を提出して下さい。

※発熱や全身に発疹がみられる方は受付にお申し出下さい。 受診日 令和 年 月 日

〔ふりがな〕

〔Name〕

〔Date of birth〕 生年月日

Year(年)

Month(月)

Day(日)

Age(歳)

〔性別〕

Male 男

Female 女

Height(身長) _____ cm

Weight(体重) _____ kg

〔Address〕 〒 _____ (郵便番号の記入をお願いします)

country of origin 出身国

都・道

()

府・県

〔Phone number〕

自宅 () - _____

Mobile () - _____

①What's wrong with you? 本日はどのような症状ですか? ○を付けてください。

itching かゆい ・pain 痛い ・red 赤くなった ・dry skin カサカサする ・swell 腫れた ・lump しこりがある ・oozing ジクジクする

・pimple ニキビ ・mole ホクロ ・liverspot シミ ・wart イボ ・burn やけど

・ingrown nail 巻き爪 ・hair loss 抜け毛 ・others その他()

②Circle on the picture below. 症状が出ている所を右の図に○をして下さい。 ➡

③How long have you had problems? 症状はいつ頃からありますか?

() days ago 日前 () weeks ago 週間前

() months ago ヶ月前 () years ago 年前

④Have you ever been treated for this symptom?

この症状で今までに治療を受けたことがありますか?

No Yes (Hospital 病院名

Medicine 薬剤名

⑤Do you have any diseases during treatment? 現在治療中の病気はありますか?

No Yes (Disease 病名

Medicine 薬剤名

⑥Are there any sick relatives? また、近親者にご病気の方はいますか?

No Yes (Disease 病名

Medicine 薬剤名

⑦Have you ever been allergic to medication or food? これまでに食べ物や薬などで何か異常が出たことがありますか?

No Yes (Medication・Food 薬剤名・食品名

⑧What illness have you had in past? これまでに次のような病気にかかったことはありますか? あれば○をつけて下さい。

asthma ぜんそく ・atopic dermatitis アトピー性皮膚炎 ・urticaria じんましん ・diabetes 糖尿病 ・herpes zoster 帯状疱疹

glaucoma 緑内障 ・prostatic hypertrophy 前立腺肥大 other その他

⑨Are you currently pregnant or nursing? 女性の方へ…現在、妊娠や授乳をしていますか?

No pregnant 妊娠中(weeks 週目) possibility of pregnant 妊娠の可能性がある breastfeeding 授乳中

