

問 診 票

堀切皮膚科クリニック

※記入が終わりましたら受付にお渡し下さい。

受診日 令和 年 月 日

〔ふりがな〕

〔お名前〕

〔生年月日〕

大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)

〔性別〕 男・女 〔身長〕 _____ cm 〔体重〕 _____ kg

〔住 所〕 〒 _____ (郵便番号の記入をお願いします)

都・道

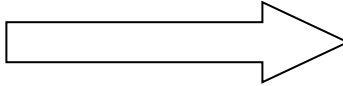
府・県

〔電話番号〕 自宅 (_____) _____ 携帯 (_____) _____

①症状はいつ頃からありますか？

() 日前 () 週間前 () ヶ月前 () 年前 不明

②症状が出ている所を右の図に○を付けて下さい。



③どのような症状ですか？○を付けて下さい。

- ・かゆい ・痛い ・赤くなった ・カサカサする ・腫れた ・しこりがある ・ジクジクする
- ・ニキビ ・ホクロ ・魚の目 ・イボ ・火傷 ・巻き爪 ・抜け毛 ・水虫 ・アレルギー検査
- ・発熱 (最高 _____ ℃) ・喉の痛み ・咳 ・呼吸苦 ・鼻水 ・その他(_____)

☆普段の肌のお手入れについて当てはまるものに○を付けて下さい。

・クレンジング ・洗顔 ・化粧水 ・美容液 ・乳液 ・UV

☆自費診療について興味がありますか？ はい いいえ

④この症状で今までに治療を受けたことがありますか？

なし あり (病院名 _____ 薬剤名 _____)

⑤現在治療中の病気や服用・外用中の薬はありますか？

なし あり (病名 _____ 薬剤名 _____)

⑥ご家族・職場・学校などで同じような症状の方はいますか？ いない いる

⑦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？

なし あり (食品名・薬剤名 _____)

⑧これまでに次のような病気・障害にかかったことはありますか？ あれば○をつけて下さい。

- ・喘息 ・アトピー ・じんましん ・花粉症 ・帯状疱疹 ・緑内障 ・前立腺肥大 ・糖尿病 ・心臓病 ・脳卒中
- ・けいれん(ひきつけ) ・はしか(麻疹) ・風しん ・水ぼうそう ・手足口病 ・発達障害
- その他(_____) 感染症： 無・有(_____)

⑨女性の方へ…現在、妊娠や授乳をしていますか？ いいえ 妊娠中(_____ 週目) 妊娠の可能性あり 授乳中

⑩薬の剤形について飲むものに○をつけて下さい ・粉薬 ・シロップ ・錠剤 ・カプセル

⑪当院をどのようにお知りになりましたか？

・外から見て ・家族や知人 ・HP ・SNS ・インターネット検索(検索ワード： _____) ・その他(_____)

⑫領収書の他に明細書の発行を希望しますか？ 発行する 必要ない

⑬上記以外のことで相談したいことがあればご自由にお書き下さい

