

<皮膚科 問診票>

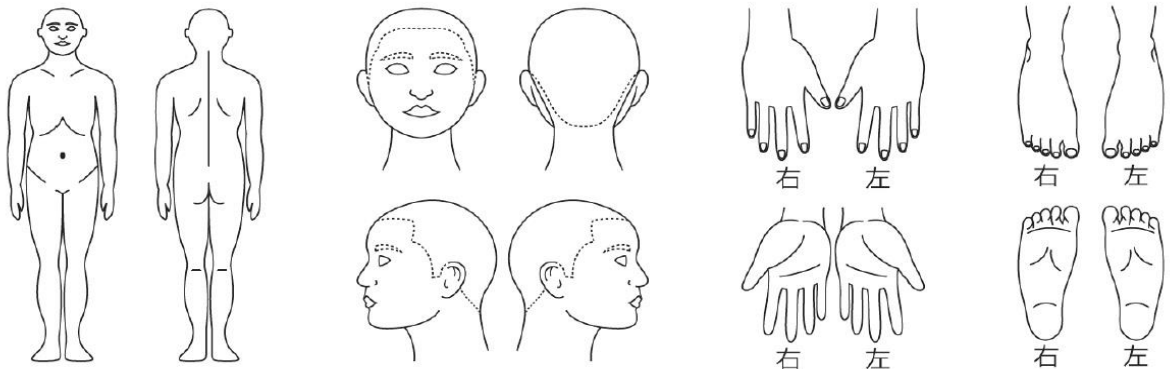
記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

当院を何で知りましたか？

- 知人・家族の紹介
 新聞折り込み・広告
 インターネット・ホームページ
 看板・通りすがり
 その他 (_____)

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		性別・年齢	男・女			歳
住所	〒 _____					
電話番号	自宅： _____ (_____)	携帯： _____	-	-		
職業		身長 (_____) cm	体重 (_____) kg			

(1) 本日はどうされましたか？図の症状があるところに○をつけてください



(2) いつからですか？ _____ 月 _____ 日頃から

(3) どのような症状ですか？

- かゆい
 ぶつぶつ
 痛い
 ピリピリ
 カサカサ
 赤い
 はれている
 水ぶくれ
 やけど
 水虫
 ニキビ
 イボ
 タコ
 じんましん
 アトピー
 虫さされ
 フケ

(4) 思いあたる原因はありますか？

- 特になし
 薬 (_____)
 食べ物 (_____)
 化粧品
 虫に刺された
 その他 (_____)

(5) この症状で治療を受けましたか？*お薬手帳をお持ちの方はお出してください

<input type="checkbox"/> はい	『はい』とお答えの方
<input type="checkbox"/> いいえ	処方薬 (_____)

(6) 現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？

<input type="checkbox"/> はい	『はい』とお答えの方
<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症 <input type="checkbox"/> 心臓疾患（不整脈も含む） <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 結核

(7) 現在のんでいるお薬はありますか？*お薬手帳をお持ちの方はお出しください

<input type="checkbox"/> はい	『はい』とお答えの方
<input type="checkbox"/> いいえ	の ん で い る お 薬 ()

(8) お薬や食べ物で具合が悪くなったりアレルギー症状が出たことがありますか？

<input type="checkbox"/> はい	『はい』とお答えの方
<input type="checkbox"/> いいえ	アレルギー症状の出た 薬 品 名 () 食 物 名 ()

(9) これまでにたばこを吸ったことがありますか？

<input type="checkbox"/> はい	『はい』とお答えの方 1日()本 ()歳から
<input type="checkbox"/> いいえ	『いいえ』とお答えの方 <input type="checkbox"/> 1度も吸ったことがない <input type="checkbox"/> 以前は吸っていた 1日()本 ()歳から()歳まで

(10) 以下の感染症はありますか？

なし B型肝炎 C型肝炎 梅毒 HIV（エイズ）

*女性の方のみお答えください

(11) 現在、妊娠をしている可能性がありますか？

妊娠中()週 していない わからない
授乳中

記入が終わりましたら
受付にお渡しください



北本駅東口クリニック