

問 診 票

高田馬場クリニック皮膚科

※発熱や全身に発疹がみられる方は受付にお申し出ください。

受診日 平成 年 月 日

〔ふりがな〕

〔お名前〕

〔生年月日〕
明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
〔性別〕 男・女 〔身長〕 _____ cm 〔体重〕 _____ kg

〔住所〕 〒 _____ (郵便番号のご記入をお願いします)
_____ 都・道
_____ 府・県
〔電話番号〕
自宅 () _____ 携帯 () _____

①本日は、どのような症状ですか？○を付けてください。

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・シミ・ホクロ・イボ・やけど・巻き爪・抜け毛・その他 ()

②症状が出ている所を右の図に○をしてください。

③症状はいつ頃からありますか？

() 日前～ () 週間前～ () ヶ月前～ () 年前～

④この症状で今までに治療を受けた事がありますか？

なし あり (病院名 _____ 薬剤名 _____)

⑤現在、治療中の病気はありますか？

なし あり (病名 _____ 薬剤名 _____)

⑥また、近親者にご病気の方はいますか？

なし あり (病名 _____ 薬剤名 _____)

⑦これまでに次のような病気にかかった事はありますか？あれば○を付けてください。

ぜんそく・アトピー性皮膚炎・じんましん・帯状疱疹・糖尿病・緑内障・前立腺肥大
その他 ()

⑧これまでに食べ物や薬などで何か異常が出た事がありますか？

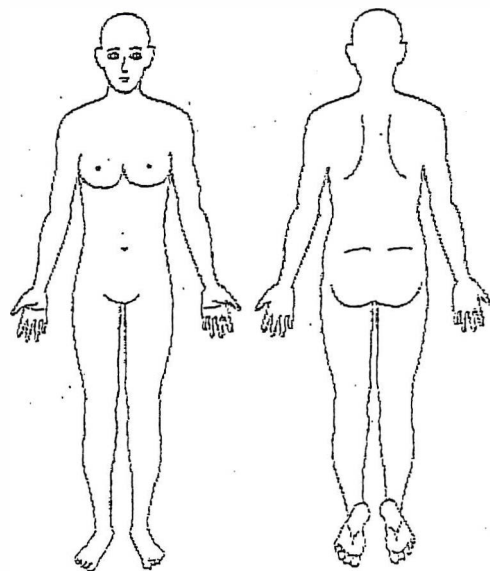
なし あり (食品名・薬剤名 _____)

⑨女性の方へ…現在、妊娠や授乳をしていますか？

いいえ 妊娠の可能性がある 妊娠中 (週目) 授乳中

⑩当院をどのようにお知りになりましたか？

診療所を外から見て・家族や知人から・HPを見て・iタウンページを見て
インターネット (検索ワード: _____) その他 ()



ご記入ありがとうございました。紹介状をお持ちの方は一緒にお出してください。