

ID: \_\_\_\_\_

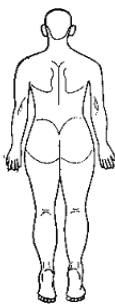
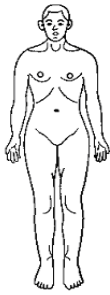
## 問診票 《皮膚科》

平成 年 月 日

フリガナ	性別	男 ・ 女		
ご氏名	↓女性（成人）の患者様へのご質問（○で囲んで下さい）↓			
	妊娠の可能性は、ありますか？ あり ・ なし	妊娠中	授乳中	
生年月日：大正・昭和・平成	年 月 日（ ）才	中学生以下のお子様→	体重：	Kg
小学生以下のお子様へのご質問→	保育園、幼稚園に通っていますか？いいえ・はい（施設名： _____）			
住所：〒 _____	区・市・郡			
TEL：（ _____）	携帯番号：（ _____）			
職業：				

◇問 1. 本日はどのようなご相談で来院されましたか？

また、下の図に症状のある部位を○で囲んで下さい。



- |              |              |
|--------------|--------------|
| 1) かゆみがある    | 8) ニキビ       |
| 2) 痛みがある     | 9) ほくろ・あざ・しみ |
| 3) ヒリヒリする    | 10) できもの・しこり |
| 4) 水疱ができています | 11) ウオノメ・タコ  |
| 5) 皮が剥ける     | 12) 巻き爪      |
| 6) 赤みがある     | 13) やけど      |
| 7) イボ・水イボ    | 14) ケガをした    |

(その他： \_\_\_\_\_) ※アトピー性皮膚炎と言われたことがありますか？ あり・なし

※上記の症状について、他院に受診しましたか？ いいえ・はい（病院名： \_\_\_\_\_）

◇問 2. 症状はいつごろからありますか？ [・今日から ・ \_\_\_\_\_日前から ・ それ以外 \_\_\_\_\_頃]

◇問 3. 今までに大きな病気や手術をされたことはありますか？

いいえ・はい [病名： \_\_\_\_\_]

[手術： \_\_\_\_\_]

◇問 4. 現在別の病気で治療を受けていますか？

いいえ・はい [病名： \_\_\_\_\_]

→常用しているお薬をご記入ください [ \_\_\_\_\_]

お薬手帳をお持ちでしたら、問診表と一緒にお願いします。

→服用しているサプリメントがあればご記入ください [ \_\_\_\_\_]

◇問 5. 薬や注射などの過敏症（アレルギー）はありますか？

いいえ・はい [薬品名： \_\_\_\_\_ 食物： \_\_\_\_\_ その他： \_\_\_\_\_]

◇問 6. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？

- ・ご家族 ・ 知人の紹介（ご紹介者名 \_\_\_\_\_）・近所に在住 ・ ホームページ
- ・他・医療機関からの紹介（病院名： \_\_\_\_\_）・インターネットで検索 ・ 広告
- ・以前、院長又は、副院長に診てもらったことがある ・ ポンテポルタ内にお勤めしている
- ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

\*\*\* えのもとファミリークリニック \*\*\*

ご記入ありがとうございました。

待ち時間、ショッピングモールなど、外出された

い方は、ご連絡なくお申し出ください。