

皮膚科診療申込書 兼 問診票

令和 年 月 日

ふりがな ご氏名 (男・女)		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生(満 歳)	
〒 ご住所				
電話番号		携帯電話		
ご職業(学校名)	身長	cm	体重	kg
			体温	℃

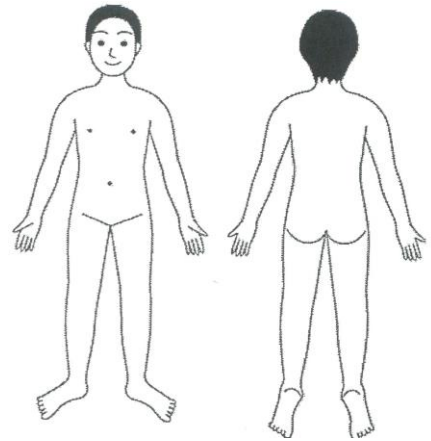
●どのようなことで来院されましたか 当てはまるものに○をつけてください。

・いつ頃から

さっき・今朝・昨夜・昨日・() 日前・() 週間前・() ヶ月前・() 年前

・どの部位に

頭・かみの毛 顔 首 うで 手
むね おなか 背中 おしり いんば
太もも・すね 足 つめ 全身



・どんなことですか

かゆい 赤い ぶつぶつ じんましん
痛い 息苦しい
水虫 タコ・ウオノメ
キズ・ケガ やけど とこずれ
できもの・しこり ほくろ
虫に刺された・動物に咬まれた ()
その他 ()

・このことで何か治療をしていましたか (はい ・ いいえ)

はいの方→家にあった薬・薬局で買った薬を使用した 名前 ()
病院に通った 病院名 ()

・家族に同じような症状の方はいますか (いる ・ いない)

●現在、他院にて通院中や、治療中の病気はありますか (ある ・ ない)

ある方→病院名 ()
糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃潰瘍 高脂血症
喘息 肺の病気 () 癌 アレルギー性結膜炎 アレルギー性鼻炎
緑内障・眼圧が高い 白内障 前立腺肥大症
その他(病名) ()

●現在飲んでいる薬はありますか<健康食品含む> (ある ・ ない)

ある方→名前 () お薬かお薬手帳を持参

●今までに薬や食べ物で副作用(ショック・発疹・気分不快)がありましたか (ある ・ ない)

ある方→名前 ()

●今までに手術を受けたことや、入院したことはありますか (はい ・ いいえ)

はい→いつ頃・病名 ()

●タバコは吸いますか (吸わない・1日[]本吸う・以前は吸っていた)

●アルコールは飲みますか (飲まない ときどき よく飲む)

●女性の方へ 妊娠中ですか (はい[第 週] ・ いいえ) 拳児希望(あり・なし)

授乳中ですか (はい ・ いいえ)