

問診票(皮膚科・アレルギー科)

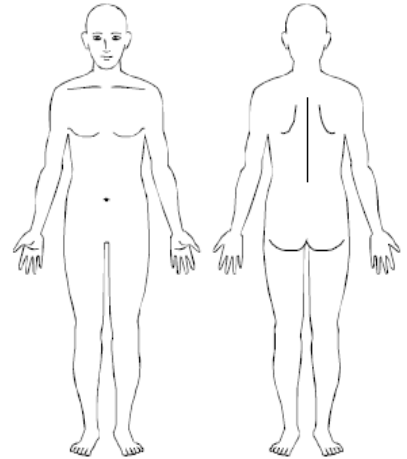
記載年月日 年 月 日

(ふりがな) 男
お名前 女 生年月日 年 月 日(歳)

〒 住所

電話番号 携帯電話

ご職業



1. 本日はどのような症状でお越しでしょうか?
()
2. 症状が出ている部位に○をしてください。(右図)
3. いつ頃からその症状がございますか?
()
4. 思い当たるきっかけはありますか。
()
5. すでに他院または市販薬で治療をしましたか。
(はい・いいえ) 「はい」の方……薬の名前()
6. 以下に当てはまる病気があれば○をしてください
高血圧・高脂血症・糖尿病・肝疾患・腎疾患・前立腺肥大・緑内障
7. その他治療中、または過去に治療した大きな病気があれば教えてください
()
8. 薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか
(はい・いいえ) 「はい」の方……薬または食品の名前()
9. 女性の方に質問します。
妊娠していますか(はい・可能性がある・いいえ) 授乳中ですか(はい・いいえ)
10. 女性の方に質問します。
毎日のお肌のお手入れで使用されているものに○をしてください
・化粧水 ・乳液 ・保湿クリーム ・何もなし
11. 以下に該当するものがあれば○を付けてください
・ステロイドに不安がある ・薬はジェネリック(後発品)を希望する ・できるだけ飲み薬は飲みたくない
12. 最後に、当院を知ったきっかけを良ければ教えてください
(知人からの紹介・通りがかり・ホームページ・バスの放送・その他())