

# (皮膚科) 問 診 票

年 月 日

ふりがな	
氏 名	男 ・ 女
生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日 ( 歳 )

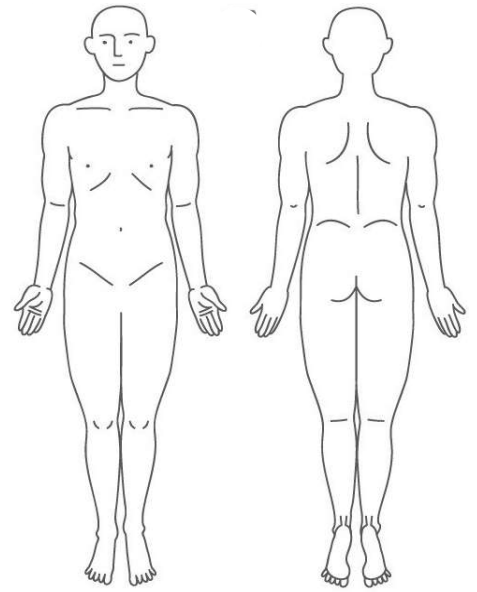
↓ ☆ 初めておかかりの方、変更のある方はご記入をお願いします。

住 所	〒
TEL	[自宅] [携帯]

(あてはまるものに○をつけてください)

①どのような症状ですか？ (イラストの部位にも○をつけてください)

痛い かゆい 赤い ぶつぶつ じんましん  
水虫 タコ・ウオノメ キズ・ケガ やけど  
その他 ( )



②症状はいつ頃からですか？

( )

③今回の症状で他の病院を受診されていますか？

はい ・ いいえ

④現在、他の医療機関で治療中の病気はありますか？

はい (お薬手帳をお出してください) ・ いいえ

『はい』の方・・・病名 ( )

⑤過去に大きな病気で入院や治療を受けたことがありますか？ はい いいえ

『はい』の方・・・ ( 才頃)、 病名 ( )

⑥アレルギーはありますか？

食べ物 : いいえ はい ( )

薬 剤 : いいえ はい ( )

⑦女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？ ( はい ・ いいえ ・ 可能性あり ) 授乳中ですか？ ( はい ・ いいえ )

↑ はいとお答えの方はご記入ください 出産予定日 ( 年 月 日 )