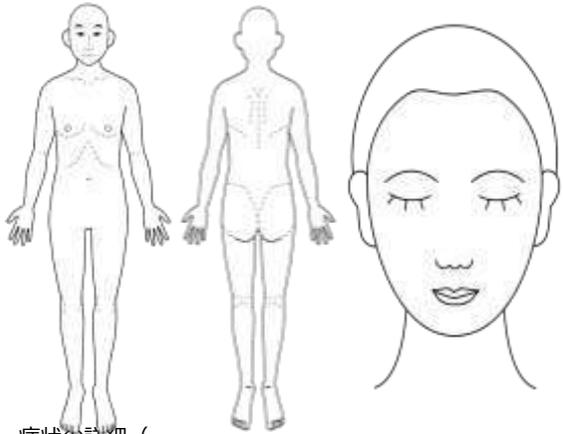


## 問診票（皮膚科）

受付日      年   月   日

フリガナ	男 ・ 女      ※女性：妊娠している可能性が   ある・ない (妊娠：      週目) (出産予定：      年   月頃) (授乳   している・していない)	
氏名		
職業	<input type="checkbox"/> 会社員(営業系) <input type="checkbox"/> 会社員(事務職) <input type="checkbox"/> 技術職 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> その他(      )	
問 1	本日はどのようなご相談で来られましたか？ 下記該当するものを <input type="checkbox"/> にチェックをお入れください。 <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> 赤み <input type="checkbox"/> 水疱ができています <input type="checkbox"/> イボがある <input type="checkbox"/> 皮がむける <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ニキビ <input type="checkbox"/> 尋常性乾癬 <input type="checkbox"/> ホク口相談 <input type="checkbox"/> その他(      )	下記人体の絵に診てもらいたい部位を○で囲んで下さい。  症状の詳細(      )
問 2	症状はいつ頃からありますか？ (      年   月   日頃～ ・      か月前～ ・      日前～)	
問 3	薬や注射などのアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→薬品名等(      )	
問 4	今まで大きな病気をされたことはありますか？(病名：      )	
問 5	現在、常用しているお薬はありますか？(薬品名：      ) ※お薬手帳などお持ちでしたら、診察時にお出し下さい。	
問 6	・ 今回の症状で思い当たる事がありますか。 <input type="checkbox"/> 食べ物   ・ <input type="checkbox"/> 動物   ・ <input type="checkbox"/> 疲労   ・ <input type="checkbox"/> ストレス   ・ <input type="checkbox"/> 植物   ・ <input type="checkbox"/> ダニ   ・ <input type="checkbox"/> ホコリ <input type="checkbox"/> その他   : (      )	
問 7	・ 現在の症状とは別に、何か疾患をお持ちですか。 <input type="checkbox"/> 高血圧   ・ <input type="checkbox"/> 糖尿病   ・ <input type="checkbox"/> 高脂血症   ・ <input type="checkbox"/> 不眠症   ・ <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 喘息   ・ <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎   ・ <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎   ・ <input type="checkbox"/> じんましん   ・ <input type="checkbox"/> その他(      )	
問 8	・ 当院にいらっしゃる前に行った治療はありますか。 <input type="checkbox"/> いいない <input type="checkbox"/> はい   (具体的に：      )	
問 9	・ 今回のことで他の医療機関を受診されたことはありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい   (医療機関名：      )	
問 1 0	・ タバコは吸いますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい   (1日      本)	
問 1 1	・ アルコールは飲みますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい   (種類：      1日      杯・本)	

※当院でのお支払いは現金のみとなりますのでご了承下さい。

記入終了後、お手数ですが受付へお渡しください。