

♪ お知らせ ♪

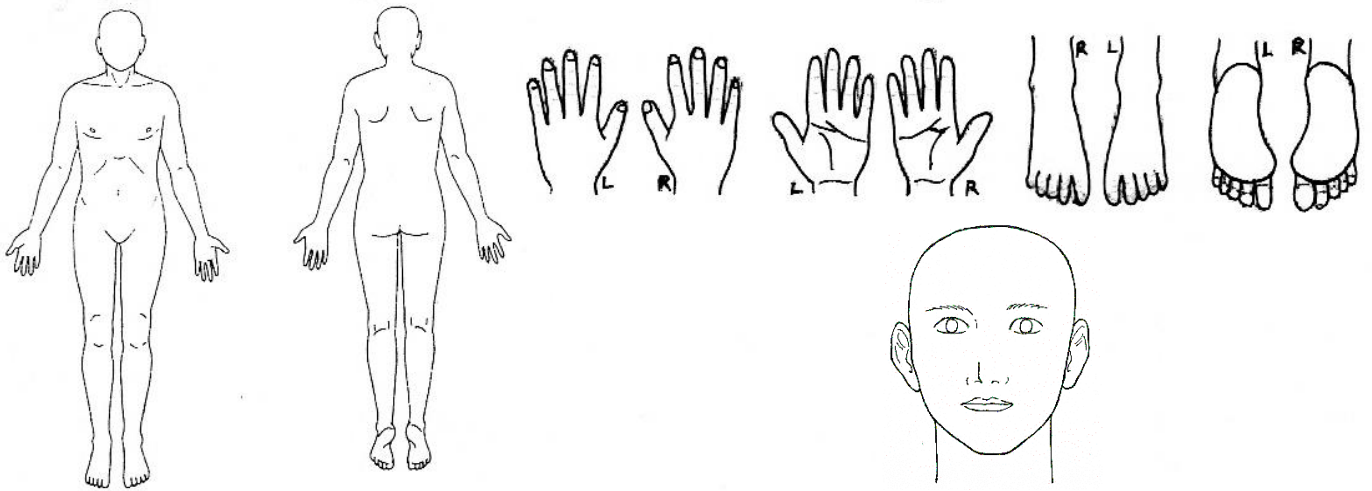
複数の皮膚症状がある場合、問診票にご記入いただいた症状のみ診察させていただきます  
あらかじめすべての症状をご記入ください

フリガナ  
お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ ( 歳) (男・女)  
〒 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

\*いつからどのような症状がありますか？

- ①いつごろからですか：( \_\_\_\_\_ から) [例] ○月△日から、◎日前から  
②症状：かゆい・痛い・ぶつぶつ・かさかさ・赤み・水虫・にきび・いぼ・タコ/うおのめ  
じんましん・アトピー・虫刺され・あざ・きず・その他 ( \_\_\_\_\_ )  
③その症状についてこれまで治療を受けたことがありますか？(はい・いいえ)  
「はい」の方…使用したお薬 ( \_\_\_\_\_ ) お薬手帳のご提示でも構いません  
④部位 (絵に印をつけてください)



\*これまでにかかった病気、または治療中の病気に○をつけてください。

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 (花粉症) 喘息 糖尿病 心臓病 高血圧 胃潰瘍  
肝疾患 腎疾患 膠原病 前立腺肥大 緑内障 痛風 脳梗塞/脳卒中 がん/腫瘍 リウマチ  
心療内科疾患 (うつ・不安神経症など)  
輸血 手術 ( \_\_\_\_\_ ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

\*現在、なにかお薬をのんでいますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方…お薬手帳をご用意ください  
→お持ちでない方 (お薬の名前 \_\_\_\_\_ )

\*今までお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方…お薬・食べ物の名前 ( \_\_\_\_\_ )

\*【女性の方におたずねします】

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

\* (当院が初めての方にお聞きします) 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- ①紹介 (□知人 □医療機関) ②インターネット ③通りがかり ④看板  
⑤その他 ( \_\_\_\_\_ )

最後までご記入ありがとうございました。

お手数おかけしますが、お持ちの方はお薬手帳と一緒に、受付までご提出願います。