

ともえだ皮フ科 問診票

※注：保険外の診療ご希望者は問診票が異なります。受付にお声がけ下さい。

ご記入日 令和 年 月 日

ふりがな お名前	身長	cm	体重	kg
	性別	男 ・ 女		
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日生 才 (ヶ月)
〒 - ご住所				
緊急時に連絡しやすいよう、携帯もお持ちの方は両方の記入を宜しくお願いします。				
電話番号	家電：	携帯：		
ご職業	医師が症状の原因を推測したり、処方を検討するときの有効な情報となります。できるだけご記入ください。			

「お名前の呼出」ではなく、「番号での呼出」ご希望の場合はチェックを入れてください

① 本日はどうなさいましたか？

かゆい 痛い 紅い カサカサ にきび ほくろ
やけど 水虫 みずいぼ いぼ うおのめ 巻き爪
傷跡 ピアス 脱毛 その他 ()

② いつから症状が出ましたか？

生まれた時から 日前 週前 月前 年前

③ その症状について今までに何か治療をうけましたか？ はい・いいえ

いつ ()
どこで (皮膚科・形成外科・皮膚科以外・病院以外)

④ この疾患について一番心配なことはなんですか？

⑤ 今までにかかったことのある病気を教えてください。

アトピー性皮膚炎 喘息 糖尿病 心臓病 脳梗塞 高血圧
胃潰瘍 肝臓疾患 腎臓疾患 膠原病 前立腺肥大 緑内障 輸血
手術 () その他 ()

⑥ 現在、他に治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

⇒「はい」の方は、病名とお薬を書いて下さい。 ()

病名：

お薬：【お薬手帳：本日持参・本日不携帯】：手帳の無い方はお薬を下記にご記入ください。
()

⑦ 薬、食べ物にアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

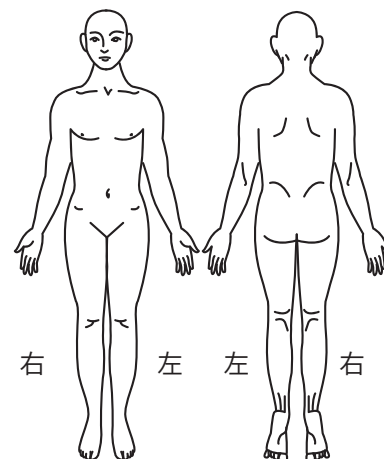
⇒「はい」の方は、具体的に教えて下さい。 ()

⑧ 【女性の方に】現在、授乳中もしくは妊娠中ですか？または妊娠の可能性はありますか？

a. 現在授乳している
b. 現在妊娠している (か月) c. 可能性あり d. 可能性なし

⑨ 当院までの道のりはわかりやすかったですか？ (はい ・ いいえ)

症状のある部分に印をつけて下さい

ご記入ありがとうございました。
受付までお持ちください。