

問 診 票

フリガナ		生 年 月 日	
氏 名	大正 昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)	
電話番号	性 別	男性 ・ 女性	
住 所	〒		

(15歳以下の方のみ→ 体重: Kg)

1. いつからどんな症状がありますか？

今日から ・ 昨日から ・ () 日前から ・ () か月前から ・ その他 ()

症状 かゆい ・ 痛い ・ その他()

症状のあるところ ()

2. 現在、他の病気で治療されていますか？

いいえ ・ はい → 病名() 病院名()

3. 今までにどんな病気にかかったり手術を受けた事がありますか？

前立腺肥大 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎

糖尿病 ・ 胃潰瘍 ・ 高血圧 ・ 肝疾患 ・ 腎疾患 ・ 輸血 ・ 結核

(手術名:) その他()

4. 薬や食べ物などのアレルギーがありますか？

いいえ ・ はい → (薬、食べ物等 :)

5. 現在妊娠中ですか、又はその可能性がありますか？ (※女性の方のみご回答ください)

いいえ ・ はい (妊娠 か月) ・ 可能性あり

6. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

知人の紹介 ・ 近所だから ・ 広告看板 ・ インターネット

その他()

7. その他気づいた事があればご記入ください。

()

ご記入ありがとうございました。

こちらの問診票を受付までお渡ししてください。

のみ皮膚科クリニック

