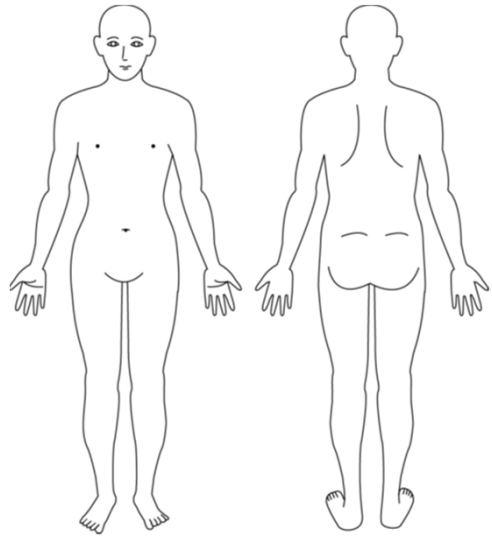


問診票

令和 年 月 日

| | | |
|------------------------|--------|----------------|
| ふりがな お名前 (男・女) | 生年月日 | 年 月 日 歳 月 日 |
| 〒 ご住所 | | |
| 電話番号 | E-mail | |
| 身長()cm 体重()kg 体温()℃ | | |

- いつ頃からどのような症状でお困りですか。
 ・いつ頃からですか。(から)
 ・症状のあるところはどこですか。
 (右図に○をつけて下さい)
 ・どのような症状で
 ()
- この症状で、現在あるいは過去に治療を受けていますか。(はい ・ いいえ)
 「はい」の方・病名()
 また、その治療で変化はありましたか。
 (よくなった ・ 悪くなった ・ 変わらない
 その他[])



- 今までにかかった病気がありますか。
 アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 糖尿病 ・ 高血圧
 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障
 その他 ()
- 現在、他の病院にかかっていますか。(はい ・ いいえ)
 「はい」の方・()科 病名 ()
- 現在、使用している薬はありますか。(はい ・ いいえ)
 「はい」の方・内服薬 ()
 外用薬 ()
 お薬手帳をお持ちの方はそのままお出し下さい。
- 今までに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・()
- 女性の方のみお答え下さい。
 妊娠中ですか (はい [月] ・ いいえ)
 授乳中ですか (はい ・ いいえ)
- 何を見て来院されましたか。
 知人、家族の紹介 クリニックのホームページを見て
 看板を見て (1階の置き看板 ・ 駅の看板 ・ その他の看板)
 その他 ()



ふじた皮膚科クリニック
Fujita Dermatology Clinic.