

問診票

患者様ID（クリニック記入欄）：

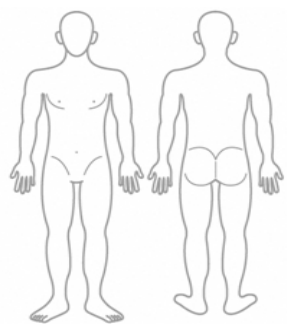
ご記入日

年

月

日

フリガナ		女	生年月日
お名前		男	大正・昭和・平成 年 月 日
ご住所	〒 ー		電話番号

1	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？ どの部位にですか？ <small>※右図に○をつけてください</small> どのような症状ですか？	
2	今回の皮膚病の原因として思い当たる事がありますか。 <small>※例：薬、食べ物、化粧品、仕事、どこかに出かけたなど</small>	
3	上記の症状で現在あるいは過去に治療は受けていますか。 「はい」の方 ⇒ 病院名をご記入ください。 「はい」の方 ⇒ 治療方法をご記入ください。 また、その治療法でどのような変化がありましたか。	はい ・ いいえ よくなった ・ 悪くなった ・ 変わらない その他 ⇒
4	現在、皮膚科以外の科にかかっていますか。 「はい」の方 ⇒ 病院名をご記入ください。 「はい」の方 ⇒ 病名をご記入ください。	はい ・ いいえ
5	現在常用している内服薬及び外用薬はありますか。 「はい」の方 ⇒ 内服薬名 「はい」の方 ⇒ 外用薬名	はい ・ いいえ
6	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」の方 ⇒ その薬・食べ物の名前	はい ・ いいえ
7	今までにかかった病気に、○をつけてください。	アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 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 ⇒
8	女性の方のみお答えください。 妊娠中ですか？ 授乳中ですか	はい [ヶ月] ・ いいえ はい ・ いいえ
9	ご来院動機を教えてください。	当院ホームページ ・ 知人の紹介 ・ 家族の紹介 インターネット ・ その他