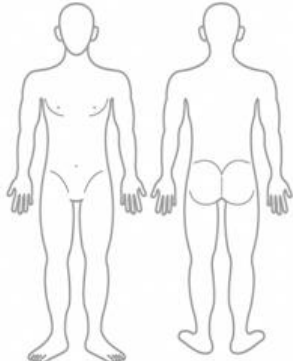


# 問診票

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	様	男	昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
ご住所	〒 _____		電話番号（ご自宅）
			電話番号（携帯）
保護者様情報	※受診を希望される方が未成年の場合は保護者様情報もご記入ください。		
	お名前： _____ 様		続柄： _____

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 ・ いいえ	
	「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。		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 ・ いいえ	
	「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。			
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 ・ いいえ	
	「はい」の方 ⇒ 内服薬名			
	「はい」の方 ⇒ 外用薬名			
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 ・ いいえ	
	「はい」の方 ⇒ その薬・食べ物の名前			
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？		はい [ _____ ヶ月] ・ いいえ	
	授乳中ですか		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	