

# 問 診 票

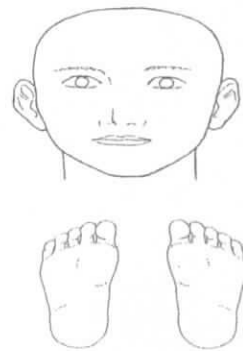
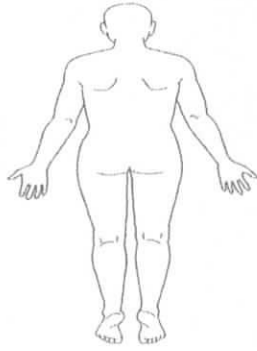
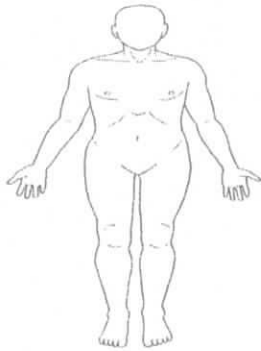
ふりがな 名前				
生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所 〒	—			
電話 ( )	—		職業	

1) どのような症状で本日は診察を受けられるのでしょうか？

■いつ頃 ( )

■どのような症状 ( )

2) 診察部位(当てはまる部位にマークをつけて下さい。) ( )かゆみ ( )いたみ



3) 症状で、これまでに他の病院や医院で診察(治療・検査)を受けたことがありますか？

( ) ありません ( ) あります

4) 今までに、飲み薬・注射・食べ物などでアレルギー症状(蕁麻疹や顔の腫れ、呼吸困難など)がでたことがありますか？ ( ) あります → 種類・名前( )

5) 今までにかかったり、現在治療中の病気がありますか？

( ) 特にありません

( ) あります → 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病(不整脈、心不全など) ・ 肝臓病  
腎臓病 ・ 前立腺肥大 ・ アレルギー性鼻炎 ・ ぜんそく  
アレルギー性結膜炎 ・ 緑内障 ・ リウマチ ・ 膠原病 ・ 胃腸病  
結核 ・ 高脂血症  
その他についてお知らせ下さい( )

6) 女性の方にお尋ねします。現在、妊娠の可能性がありますか？

( ) ありません ( ) あります ( ) わからない

7) 当院での診察・治療上でのご希望がありましたらお書き下さい。

[ ]

8) 当院を何で知りましたか？ 看板 ・ 知人からの紹介 ・ ちらし ・ インターネット

・ その他( )

ご協力ありがとうございました。のちほど診察の際、担当医師に詳しくお話をください。

※ご記入いただいた内容は秘密を厳守いたします。

まきこ皮膚科クリニック