

一般皮膚科問診票

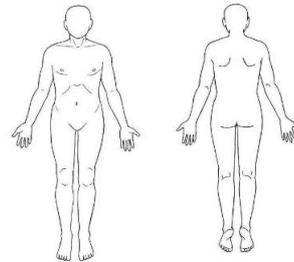
平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	年齢	性別
お名前		T・S・H 年 月 日		男 ・ 女
ご住所	〒			
電話番号		携帯電話		
E mail		ご職業		

1. 今日どのような症状で来院されましたか？
かゆみ 痛み 発疹 できもの きず やけど
その他()

2. いつからですか？ (おおよそで構いません)
今日 昨日 2～3日前 1週間前 1ヶ月前 () 年前

3. 部位はどこですか？
頭 顔 上肢 下肢 手 足
躯幹 臀部 陰部
その他()



4. その病気について治療を受けたことはありますか？
ある 診断名()
ない

5. アレルギーはありますか？
ある (花粉 ・ ハウスダスト ・ 金属 ・ その他)
ない

6. 麻酔のアレルギーはありますか？
ある ない

7. 現在、治療中のご病気はありますか？
ある 病名()
 お薬()
ない

8. いままで以下に以下の病気をしたことがありますか？
高血圧 糖尿病 心疾患 気管支喘息 腎疾患 肝疾患 がん
その他()

9. いままで手術を受けたことはありますか？
ある 病名()
ない

10. 女性の方はお答えください。
妊娠中 妊娠の可能性あり 妊娠していない 授乳中

11. 当院にご来院されたきっかけを教えてください。
知人の紹介(様) ホームページ 駅看板
バス車内ステッカー 通りすがり その他()

ご協力ありがとうございました
 さくら皮膚科 院長 小岩克至