

問 診 票

| | | | | |
|-----------|---|--------|---------|--------------------|
| フリガナ | | 性別 | M T S H | |
| ご氏名 | | 男 女 | 生年月日 | 年 月 日 才 |
| ご住所 | 〒 | | | ご職業 |
| 電話番号 | | 携帯電話 | | 体温 (熱がある場合) °C |
| 緊急連絡先電話番号 | | ご氏名 | 続柄 | 体重 (12歳未満の方) kg |

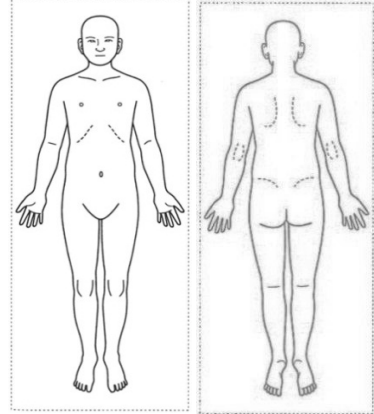
①今日はどうされましたか

(かゆい ・ 痛い ・ その他)

↓
具体的にご記入下さい

※ピアスをご希望の方は、④・⑧のご質問にお答えください。

●症状のある部位に○をつけて下さい



②いつからですか

(今日 ・ () 日前 ・ () か月前 ・ わからない
昨日 ・ () 週前 ・ () 年前)

③このことで何か治療をしましたか

- 薬局で買った薬 → 治療の内容をご記入ください
 病院を受診した →
 何もしていない

※ **④現在、治療中の病気、また過去にかかった病気はありますか。** なし

- 花粉症 アトピー性皮膚炎 糖尿病 透析中 前立腺肥大 喘息
 緑内障 ペースメーカー 心臓病 脳梗塞 酸素使用中
 その他 →

| | |
|---------|-----|
| ご記入ください | 病院名 |
|---------|-----|

⑤現在、お使いのお薬はありますか。健康食品についてもご記入ください。

(ない ・ ある) お薬手帳がある場合は、ご記入不要です

⑥薬、食べ物などでアレルギーの症状が出たことはありますか。ある場合は、具体的にご記入下さい。

(ない ・ ある)

⑦女性の方へ

- ◆妊娠中ですか？
 はい[第 週] いいえ わからない
 ◆授乳中ですか？
 はい いいえ

※ **⑧ピアスご希望の方は、次のご質問にお答えください。**

- ◆今までにピアスを開けたことはありますか？
 ある ない
 ◆今までに金属でかぶれたことはありますか？
 ある ない

| | |
|---------|--|
| ピアス希望番号 | |
|---------|--|

ご協力ありがとうございました



屏風浦皮フ科

BYOBUGAURA
Dermatology Clinic