

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

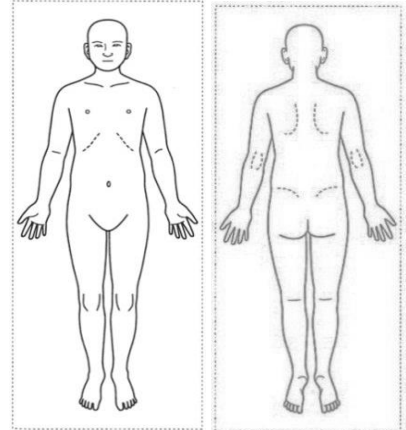
①今日はどうされましたか

{ 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

⑧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

ご協力ありがとうございました。



屏風浦皮フ科

BYOBUGAIRA
Dermatology Clinic