

問 診 票

フリガナ		性別	M T S H R	
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

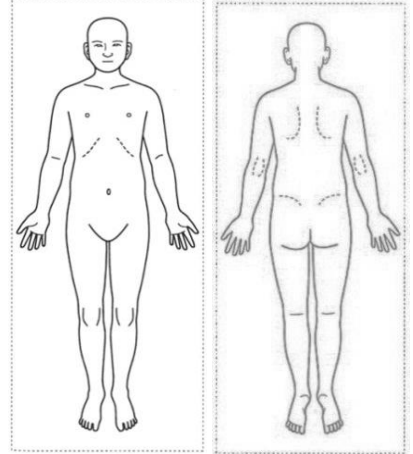
①今日はどうされましたか

〔 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。

- 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 → 記入ください
 特になし

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 有 ・ 無

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

BYOBUGAURA
Dermatology Clinic