

## 問 診 票

フリガナ				電話	日中連絡の取れる電話番号 ( )	
氏名	男/女			職業	身長	体重
生年月日	明/大 昭/平	年	月	日	cm	kg
住所	〒 .....					

## ① 皮膚科 形成外科 外科 について ※当てはまる診療科に○をつけてください

本日の症状についてお聞きます

・ どのような症状ですか？

しこり できもの かゆい 痛い ぶつぶつ かさかさ  
赤み 水ぶくれやけど 水虫 ニキビ アトピー いぼ  
タコ/魚の目 じんましん 巻き爪 その他 ( )

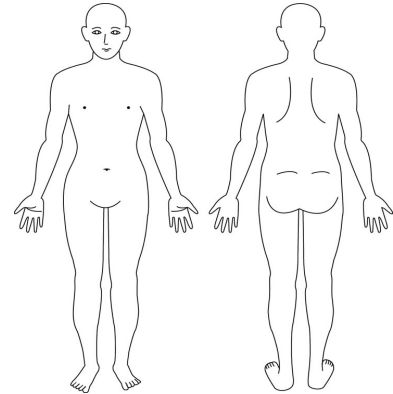
・ いつ頃からですか？ ( )

この症状で今までに治療を受けたことがありますか？

ない / ある (病名: )

(薬: )

症状がある所に○をつけて下さい



## ② 内科 その他 自由診療 について

※ 禁煙外来・AGAは別紙問診票がありますのでお申し出下さい

本日の症状についてお聞きます

・ どのような症状ですか？

( )

・ いつ頃からですか？

( )

## ③ 現在、他院で治療中の病気はありますか？

ない / ある (病名: )

(薬: )

※お薬手帳お持ちの方はご提示をお願いします

## ④ 今までかかった事のある病気を教えてください

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎(花粉症) 喘息 高血圧 糖尿病 胃潰瘍 心臓病  
腎臓病 肝臓病 リウマチ 痛風 脳卒中 前立腺肥大 がん/腫瘍(部位 ) 緑内障  
甲状腺の病気 心療内科(うつ、不安神経症など) その他 ( )

## ⑤ アレルギーについて

アレルギーはありますか? ない / ある 薬 食物 草木 その他  
症状 ( )

## ⑥ 女性の方のみお答え下さい

\* 妊娠中ですか? (はい【 】週・いいえ・可能性あり)

\* 授乳中ですか? (はい・いいえ)

## ⑦ どちらで当院をお知りになりましたか？

\* ホームページ \* 紹介(知人・病院・その他) \* ビル看板 \* 電柱看板 \* 電話帳

\* その他 ( )