

皮膚科・形成外科 問診票 平成 年 月 日

フリガナ お名前		性別
		男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
住 所	〒	
連絡先電話番号		

1. いつからどんな症状がありますか？

ア) いつから : (年、 ヲ月、 週、 日) 前から
 イ) 症 状 : かゆい・痛い・水虫・いぼ・できもの・にきび・その他()
 ウ) 部 位 : ()
 エ) 上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか (はい ・ いいえ)
 ※「はい」の場合 受けたことのある方はこれまでに使用した薬を分かる範囲内でご記入下さい
 ()

2. 現 在、他に治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

病名 () 病院名 ()

3. 今までに、どんな病気にかかったり、治療をうけたりしたことがありますか？

(ア) アトピー性皮膚炎 (イ) アレルギー性鼻炎 (花粉症) (ウ) 喘息 (エ) 糖尿病
 (オ) 心臓病 (カ) 高血圧 (キ) 胃潰瘍 (ク) 肝疾患 (ケ) 腎疾患 (コ) 膠原病
 (サ) 前立腺肥大 (シ) 緑内障 (ス) 輸血 (セ) 手術 ()
 (ソ) その他 ()

4. 家族の方にアレルギー疾患はありますか？

(ア) アトピー性皮膚炎 (イ) アレルギー性鼻炎 (花粉症) (ウ) 喘息
 (オ) その他 ()

5. 薬、食べ物等でアレルギー等、異常がでたことはありますか？ (ある ・ ない)

薬、食べ物の名前 ()

6. 〈女性の方に〉現在、妊娠中ですか、またその可能性はありますか？

(ア) 現在妊娠している (ヲ月) (イ) 可能性あり (ウ) 可能性なし

7. 当院に来院されたきっかけは ?

知人の紹介 ・ 病院からの紹介 ・ 広告を見た ・ ホームページを見た
 法人からの案内 ・ その他 ()

8. その他、お気づきの点がございましたらご記入下さい

()
 ご記入ありがとうございました。 北条クリニックはしもと