

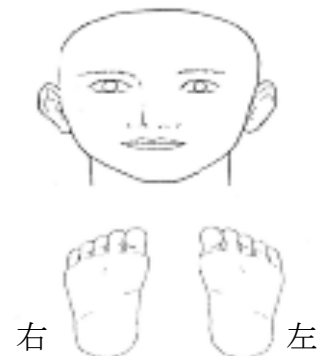
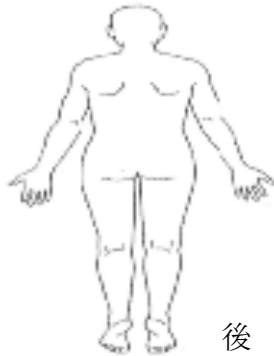
## 問 診 票

ふりがな			性別	男 ・ 女
お名前			体重	Kg (小学生以下の方)
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日( 歳)		
ご住所	〒			
電話番号		緊急連絡先		

① ■いつ頃から ( )

■どのような症状でお困りですか？

■症状のあるところはどこですか？(該当する場所に○をつけてください)



②この症状で、現在あるいは過去に治療を受けていますか？ ( はい ・ いいえ )

③現在使用している薬はありますか？( はい ・ いいえ )

「はい」の方…内服薬( )外用薬( )

「はい」の方でお薬手帳をお持ちでしたらご提出ください。

④今までに、飲み薬・注射・食べ物などでアレルギー症状(じんま疹や顔のはれ、呼吸困難など)が  
でたことはありますか？ ( ある ・ ない )

「ある」の方…薬や食べ物の名前( )

症状( )

⑤今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？( ある ・ ない )

「ある」の方… ・高血圧 ・高脂血症 ・心臓病( )

・糖尿病 ・胃腸病 ・アレルギー性鼻炎 ・アレルギー性結膜炎

・ぜんそく ・肝臓病 ・リウマチ ・膠原病 ・前立腺肥大

・結核 ・腎臓病 ・緑内障 ・その他( )

⑥女性の方にお尋ねします。現在、妊娠の可能性はありますか？また、授乳されていますか？

( ある ・ ない ・ わからない ) ・現在 月 月 ・授乳中

⑦当院をどのような形で知られましたか？

1.ネット 2.家族・知人の紹介 3.看板を見て 4.その他 ( )

ご協力ありがとうございました。のちほど診察の際、担当医師に詳しくお話しください。

※ご記入いただいた内容は秘密を厳守いたします。

皮膚科千里山クリニック