問 診 票　当院では業務上必要な範囲に限り個人情報をいただき、目的以外には利用いたしません

　　　　　　　　　　　　（男・女）生年月日T・S・H・R　 　年　　月　　日　（　　）歳

住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　 -　　　　-

ご職業　　　　　　 　 身長　　　　　cm　体重　　　　　Kg

）

1. 今日はどのようなご相談で来院されましたか？　該当する症状にチェックしてください。

□かゆい　□痛い　□赤くなっている　□かさかさ　□ぶつぶつ　□水ぶくれ　□はれている　□やけど　□にきび　□爪の変形　□水虫かもしれない

□脱毛（髪が抜ける、少なくなってきた）　□水いぼ　　□いぼ　　□しみ・ほくろ・あざ

□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )

1. 部位はどこですか。〇を付けてください。



1. いつごろから症状がありますか 　　　 （　　　　　　　　　　　　）から
2. 同じ症状で他の病院などで診察を受けたことがありますか（はい　・　いいえ）

「はい」の方・・・いつ（　　　　　　　　）　 どこで（　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　治療内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 今までかかったことのある　または　現在治療中の病気はありますか？　　　　　　　　　　高血圧・ 糖尿病 ・高脂血症 ・心臓病 ・脳梗塞 ・胃潰瘍 ・喘息 ・腎臓病 　　　　　　　　　　　 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
2. 現在何か薬を飲んでいますか　　　（はい　・　いいえ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 「はい」の方・・・お薬手帳を問診票と一緒に見せて下さい　　　　　　　　　　　　　　　　 お薬手帳をお持ちでない方　内服中のお薬（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）
3. 今までに食べ物や薬でアレルギー反応が出たことがありますか （はい　・　いいえ）　　「はい」の方・・・いつ・なにで（　　　　　　　　）どんな症状（　　　　　　　　　）
4. 女性の方へ　　妊娠の可能性がある、あるいは妊娠されていますか （はい　・　いいえ）

授乳されていますか （はい　・　いいえ）

1. マイナ保険証による情報取得に　　　（同意します　・　同意しません）

ご協力ありがとうございました　いかわ皮膚科クリニック