

皮膚科問診票

| | | | |
|------|---|-----|----------------|
| フリガナ | | 男・女 | 明・大・昭・平・令 |
| お名前 | | | 年 月 日 () 歳 |
| ご住所 | 〒 | | お子様のみ 体重 Kg |
| 自宅 | | 携帯 | |

1. どのような症状(理由)で受診されましたか？
1)どのあたりに症状がありますか？

2)どのような症状ですか？

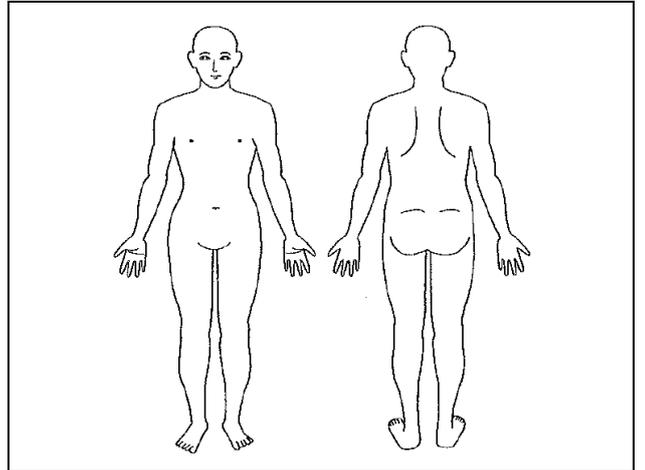
痛い 痒い

ジュクジュクする

できものができている

その他 ()

2. いつから症状が出ていますか？



3. 今までに以下のような病気をされたことがありますか？
はいの場合、どのような病気(症状)をされましたか？

いいえ

はい

- | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 |
| <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> 腎不全 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 結核 |
| <input type="checkbox"/> 膠原病 | <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

4. 現在飲まれているお薬はありますか？

いいえ

はい (薬名:)

5. 今までに受けた手術や歯の治療時に、局所麻酔を受けたことがありますか？
受けた場合、どのような症状がありましたか？

いいえ

はい (特になし 気分が悪くなった その他 ())

6. 薬や食べ物で、じんましんやショックを起こしたことがありますか？

いいえ

はい

原因薬剤:

原因食物:

7. 女性の方のみお答えください。現在妊娠、授乳をされていますか？

いいえ

はい

8. その他何かあればお書きください

9. かかりつけの診療所(クリニック・病院など)ございましたらご記入ください。

ある ()

ない

10. 当院を何で知りましたか？

(知人 家族 他院) の紹介 家から近い 通りがかり ホームページを見た

広告、看板を見た その他 ()

11. 当院自由診療であれば、何に興味がありますか？

フォトフェイシャル ピーリング イオン導入 ダーマペン 炭酸ガスレーザー 興味なし