

皮膚科系 問 診 表

カルテID：

受付日： 平成 年 月 日 受付NO.

当院を初めて受診される方は下記の質問にお答えの上、受付へご提出下さい。

フリガナ	
氏 名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 男・女
住 所 〒	
電話番号	携帯電話
平常体温： . °C	身長： cm 体重： kg

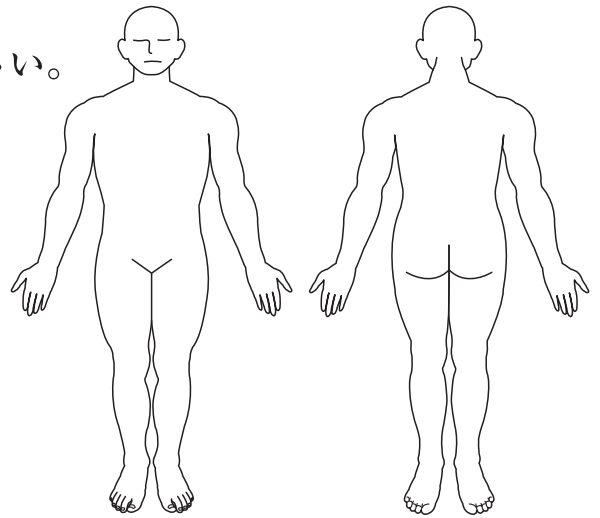
1. どのような症状ですか？

※症状のあるところ右図に○をつけて下さい。

いつ頃から？ ()

どんなふう to ?

(かゆい、痛い、湿疹、乾燥、腫れている、
かぶれている、うみが出る、ニキビ、水虫、
イボ、魚の目、アトピー、水イボ、
その他)



2. 以下のような病気にかかったことはありますか？

ない ・ ある いつ頃 ()

病 名 (高血圧、糖尿病、心臓病、脂質異常症、脳卒中、
緑内障、ぜん息、手術歴あり _____、
その他

3. 現在、通院されている病院はありますか？ ない ・ ある

医院名 () 通院期間 ()

病 名 ()

4. 現在服用されているお薬はありますか？ ない ・ ある

薬 名 ()

※お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出し下さい。

5. 今までに薬や食べ物等でアレルギーを起こしたことがありますか？

ない ・ ある 薬 名 ()

食べ物名 ()

6. 女性の方のみお答えください。 妊娠中ですか？ (はい ・ いいえ)

7. 当病院をお知りになったきっかけは？ 当てはまるところに○をつけて下さい。

・ 広告、看板・紹介・インターネット・近所・家族・その他 ()