

問診票（皮膚科・アレルギー科・外科）

(ふりがな)	性別	生年月日	年齢
お名前	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	
ご住所 〒 -			
身長	体重	←15歳未満の方はご記入ください。	
cm	kg/g		

※下記の項目について記入もしくはチェックしてください。

・どちらで当院を知りましたか？

- インターネット 知人の紹介 駅看板・電車広告 以前のかかりつけ医
 当院の前を通過 チラシをみて 電柱看板をみて その他（ ）

・本日はどんな症状で、ご来院されましたか？

- かゆみ・湿疹 水虫 花粉症
 じんま疹 ヘルペス やけど
 できもの・イボ 虫刺され 切り傷
 顔のニキビ・しみ その他（ ）

・体のどの場所ですか？

- 全身 その他（ ）

・いつ頃からですか？

- 今日 その他（ ）

・薬や食べ物でアレルギーはありますか？

- なし あり（ ）

・現在飲んでいるお薬はありますか？ ※ありとお答えになった方→お薬手帳持参の方はご提示ください。

- なし あり（ ）

・過去に病気、手術をしたことがありますか？

- なし あり（ ）

・（男性の方）診察のご希望はありますか？

- 通常通りの診察 医師のみのプライベートな診察希望

・（女性の方）のみお答えください

- 生理中 妊娠中（ ヶ月）または（ 週目） 授乳中 閉経後

・備考欄（他に何か先生にお伝えしたいことがありましたらご記入ください。）

- （ ）

【症状部位】

該当部分に○をしてください。

