

問 診 票

体温 _____ 度

父・母・兄・弟・姉・妹・その他() _____ 度
父・母・兄・弟・姉・妹・その他() _____ 度

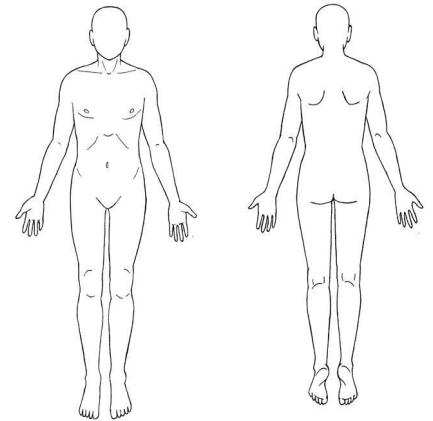


山手すずらん皮膚科クリニック

受診月日	年 月 日				
フリガナ		性 別	(男・女)	年 齢	() 歳
氏 名		生年月日	(大・昭) (平・令)	年 月 日	
現 住 所	〒 _____ ※アパート名・棟名・部屋番号まで、ご記入願います。				
	電話番号 (_____)				

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

- いつ頃からですか。(年前) (月 前) (日 前) から
- 症状のあるところはどこですか。(右図に○をつけて下さい)
- どのような症状で
(_____)



2. この症状で、現在または以前に治療を受けましたか。(はい・いいえ)

「はい」の方・・・ 病名 (_____)
その治療で変化はありましたか。(よくなった・悪くなった・変わらない)

3. 今までにかかった病気がありますか。(はい・いいえ)

「はい」の方・・・ アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 糖尿病 ・ 高血圧
心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障
その他 (_____)

4. 現在、他の病院にかかっていますか (はい・いいえ)

「はい」の方・・・ (_____) 科 病名 (_____)

5. 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 (_____)
内服薬 (_____)
お薬手帳がある方はそのままお出しください。

6. 今までお薬のアレルギーや食べ物のアレルギーはありましたか？ (はい・いいえ)

「はい」の方・・・ (_____)

7. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？ (はい「 _____ 」週・いいえ)
授乳中ですか？ (はい・いいえ)