

皮膚科問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	
お名前	男・女	大・昭・平	年 月 日(歳)
ご住所	〒		体重(15歳以下の方) Kg
電話番号		ご職業	
携帯番号			

① 今日どのような症状で来院されましたか？
かゆみ 痛み できもの 水虫 巻き爪 薄毛
その他()

② 診察を希望される部位に○を付けてください

③ その症状はいつ頃からですか？

④ それについて、今までにどこかで治療されていますか？
いいえ・はい [どこで?:]
[治療薬など具体的に:]

⑤ 食物のアレルギーはありますか？
無・有 [卵・牛乳・小麦・その他()]

⑥ 薬(飲み薬、注射)のアレルギーはありますか？薬の名前
が分かれば書いてください

無・有 [抗生物質・かぜ薬・痛み止め・局所麻酔薬・その他(薬品名)]

⑦ 今までかかった病気を教えてください

糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 がん
その他()

⑧ 現在、内服中の薬はありますか？お薬手帳があれば一緒にご提示ください

無・有(薬剤名:)

⑨ 現在、妊娠・授乳中ですか？(男性の方は記入不要です)

妊娠していない 妊娠の可能性がある 妊娠中 授乳中

⑩ 当院にご来院されたきっかけを教えてください

知人・家族の紹介・ホームページ・当院の看板を見て・近いから・チラシ
他の医療機関からの紹介(病院名:) その他()

⑪ 当院では保険診療の他に自費診療(保険対象外)を行っていますが、何かご興味はありますか？

シミ 肝斑 くすみ そばかす しわ ニキビあと 赤ら顔 ほくろ ボトックス注射

これらの自費診療について説明と費用を聞いてみたい⇒ はい いいえ

二俣川駅前皮膚科

