

年 月 日

# 皮膚科問診票

この問診シートを印刷してご記入ください。ご来院の際、健康保険証に添えてご提出ください。

フリガナ

氏名 様 (男・女) 生年月日 (西暦 年 月 日生) 歳

住所 〒 - :

自宅電話番号 ( ) - 携帯電話番号 ( ) -

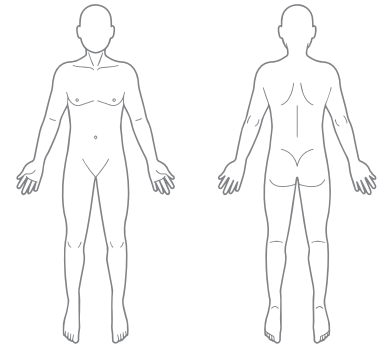
身長 cm 体重 kg 体温 °C

該当する項目を選んで○で囲んでください。□にチェックをしてください。

## 1. 今日主にどのような症状で来院されましたか？体の部位はどこですか？

- ・かゆい
- ・はれている
- ・いたい
- ・できものがある
- ・あかい
- ・カサカサする
- ・しみがある
- ・ポツポツする
- ・その他 ( )

※右記イラストの部位に丸をつけてください。



## 2. それはいつ頃からですか？

- ・今日 ・昨日 ・2～3日前 ・一週間前 ・それ以上前 ( )

## 3. 今までにかかった病気はありますか？ □ある □ない

- ・糖尿病
- ・高血圧
- ・高脂血症
- ・高尿酸血症
- ・狭心症
- ・心筋梗塞
- ・腎臓病
- ・肝臓病
- ・胃潰瘍
- ・がん
- ・脳梗塞
- ・緑内障
- ・白内障
- ・その他 ( )

## 4. 今までに手術を受けたことがありますか？ □ある □ない

いつ頃 ( ) 手術内容 ( )  
( ) ( )

## 5. 現在、飲んでいる薬はありますか？ □はい □いいえ ※お薬手帳を持っている場合はご提示下さい。

飲んでいる薬 ( )  
飲み始めた時期 ( )

## 6. 今までに、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

□いいえ □はい (薬や食べ物の名前: )

## 7. タバコについて

□吸わない □吸う (1日 本) 喫煙歴 ( 才 ~ 才)

## 8. 女性の方にお伺いします

妊娠の可能性 □なし □あり 授乳中 □はい □いいえ

ご協力ありがとうございました。

わかまつクリニック 03-3393-5656