

日吉本町みのる皮ふ科 問診票

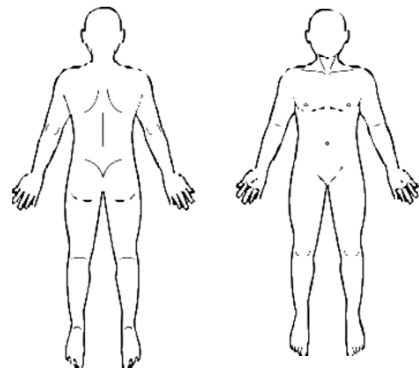
記入日 年 月 日

氏名 フリガナ	性別 男 ・ 女	年齢 歳	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
住所 〒 -			電話番号 携帯 () - 自宅 () -

1.今日は主にどのような症状で来院されましたか？また症状がある部位はどこですか？

- ・かゆい
- ・できものができた
- ・いたい
- ・はれている
- ・カサカサする
- ・変色している
- ・その他()

※右のイラストに○をつけてください



2.いつ頃からですか？

- ・今日
- ・昨日
- ・2～3日前
- ・一週間前
- ・それ以前

3.これまでににかかった病気がありますか？

- ・ない
- ・ある (病名:)

4.これまでに手術をしたことはありますか？

- ・ない
- ・ある (手術内容: , いつ頃:)

5.現在服用している薬はありますか？

- ・ない
- ・ある (薬品名:)
(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？

- ・ない
- ・ある (薬や食べ物の名前:)

7.車やバイクは運転されますか？

- ・毎日運転する
- ・ときどき運転する
- ・運転しない

8.女性の方にお伺いします

妊娠の可能性は ・ない ・ある 授乳中ですか ・はい ・いいえ

9.栄養やサプリメントにご興味ありますか？(任意)

はい ・ 少し興味あり ・ いいえ

当院をお知りになったきっかけを教えてください

ホームページ・ 紹介・ チラシ その他()

ご協力ありがとうございました。

日吉本町みのる皮ふ科