

い で い 皮 ふ 科 受 付 ・ 問 診 表

フリガナ

氏 名： _____ 性別 _____ 身長 _____ センチ 体重 _____ キロ

生年月日： 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住 所： 〒 _____

T E L： _____

① 今日はどんなことでこられましたか？

かゆい 痛い 熱がある その他 (_____)

② 診察を受ける部位はどこですか？

※右の絵に印を付けてください。(○・×・斜線、何でも結構です)

③ 症状が始まったのはいつ頃からですか？

④ この問題で治療を受けたことがありますか？

ある ・ ない

いつ頃 (_____)

どこの病院で (_____)

どんな治療を (_____)

⑤ ご家族に同じような症状の方はおられますか？

いる ・ いない

⑥ 今までに以下のような病気にかかったことがありますか？

ある ・ ない

・ アトピー・喘息など ・ リウマチ・膠原病 ・ 糖尿病 ・ がん

・ その他 (_____)

⑦ 今、何か薬を飲んでいますか？

飲んでいる ・ 飲んでいない

どこの病院で (_____) どの薬を (_____)

何の病気で (_____)

⑧ 飲み薬、注射、塗り薬で何か症状を起こしたことがありますか？

ある ・ ない

どんな薬や注射で (_____) どんな症状を (_____)

⑨ たばこは吸われますか？

吸う (1日 本) ・ 吸わない ・ 以前吸っていたがやめた (_____ 年前)

⑩ 女性の方へ：薬によっては、妊娠・授乳中飲んではいけないものがありますので、次の質問にお答えください。

現在妊娠を： している ・ していない ・ 可能性あり ・ 予定中

現在授乳を： している ・ していない

当院はどちらでお知りになりましたか？ (電話帳 看板 知人の紹介 インターネット 自宅が近く 職場が近く その他)

