

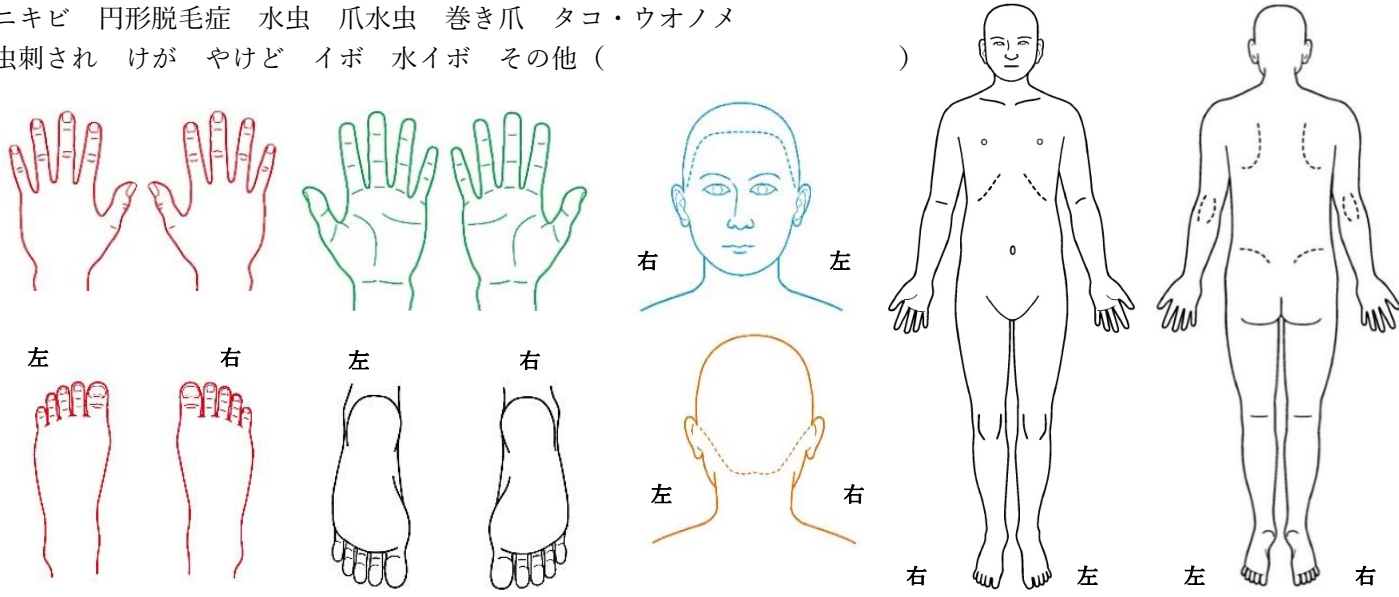
いでい皮ふ科 受付・問診票

ふりがな				生年月日			
お名前	様	男女	大正・昭和	年	月	日	歳
			平成・令和	生後	ヵ月	/	体重
ご住所	〒			お電話	自宅		
					携帯		

★ 本日お薬手帳はお持ちですか? はい いいえ

1. 自費診療 (美容) のご相談でしたら○をつけて下さい。
 AGA ピアス (左・右) シミ・そばかす (レーザー) 肝斑 医療脱毛 化粧品 その他 ()

2. 本日の症状を○で囲み、症状がある場所に印をつけてください。
 かゆい 痛い 腫れ しこり かさかさ ぶつぶつ 湿疹 じんましん 水ぶくれ アトピー性皮膚炎
 ニキビ 円形脱毛症 水虫 爪水虫 巻き爪 タコ・ウオノメ
 虫刺され けが やけど イボ 水イボ その他 ()



3. 症状はいつからありますか? ()頃から

4. ご家族に同様の症状の方はおられますか? いる いない

5. 上記の症状について、治療を受けたことがありますか? ある ない
 いつ () 頃~/ 市販薬 () / 治療法 (内服・塗り薬)

6. 今までにかかったことのある病気に○をしてください
 アトピー性皮膚炎 喘息 リウマチ 膠原病 花粉症 緑内障 高血圧 糖尿病 腎臓病 肝臓病
 心臓病 前立腺肥大 がん その他 ()

7. 今何か薬を飲んでいますか? はい いいえ
 どのような病気で () どのようなお薬を ()

8. 薬、食べ物で何かアレルギー症状が起きたことはありますか? ある ない
 どのような食べ物・薬 () 症状 ()

9. たばこは吸われますか?
 吸う (本/日) 以前吸っていたがやめた (年前) 吸わない

10. 女性の方のみお答えください
 現在妊娠を: 予定中・可能性あり・している・していない
 現在授乳を: している・していない

11. 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 ()

ご協力ありがとうございました。