

# 皮膚科 問診票

フリガナ

お名前

生年月日 年 月 日

ご住所 〒

電話番号

1. いつからどんな症状がありますか？

a) いつから : ( 年、 ヲ月、 ヲ週、 ヲ日)前から

b) 症 状 : かゆい ・ 痛い ・ 水虫 ・ いぼ ・ ほくろ ・ できもの ・ にきび ・  
その他( )

c) 上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか( はい ・ いいえ )

※ 「はい」 の場合 、 これまでに使用した薬を分かる範囲内でご記入下さい

( )

2. 現在、他に治療中の病気はありますか ( はい ・ いいえ )

病名( ) 病院名( )

3. 今までに、どんな病気にかかったり、治療をうけたりしたことがありますか

1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎(花粉症) 3. 喘息 4. 糖尿病 5. 心臓病

6. 高血圧7. 胃潰瘍8. 肝疾患 9. 腎疾患 10. 膠原病 11. 前立腺肥大12. 緑内障

13. 輸血 14. 手術( ) 15. その他( )

4. 家族の方にアレルギー疾患はありますか

1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎(花粉症) 3. 喘息 4. その他( )

5. 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか

(ある ・ ない) 薬、食べ物の名前( )

6. 治療のご希望をお聞かせ下さい

1. 健康保険の範囲内で治療 2. 健康保険外の治療も希望

7. 〈女性の方に〉現在、妊娠中ですか、またその可能性はありますか

1. 現在妊娠している( ヲ月) 2. 可能性あり 3. 可能性なし

8. その他、お気づきの点がございましたらご記入下さい

医療法人 宮脇クリニック

( )