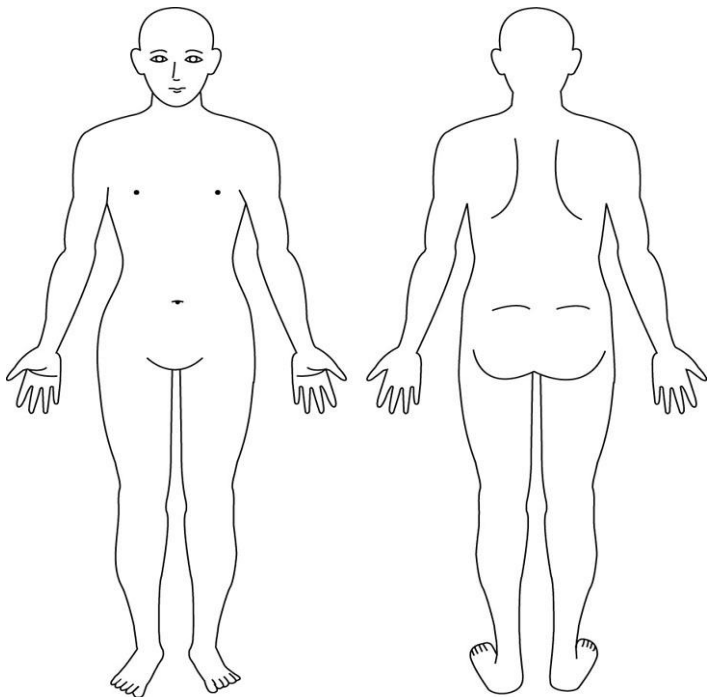


# 問診表

ふりがな 氏名 (男・女)	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日 (満 歳)
住所	〒 電話番号 - -	

<症状がある場所を○で囲んでください>



<症状が出たのはいつですか？>  
\_\_\_\_ 日前 \_\_\_\_ 週間前 \_\_\_\_ か月前 \_\_\_\_ 年前

<症状はどのような状態ですか？>  
 かゆい  痛い  発疹ができた  
 その他( )

<何か治療をしましたか？>  
 はい  いいえ  
※「はい」の方へ  
 皮膚科で  皮膚科以外の科で  自分で  
お薬や治療法を、わかる範囲でご記入ください。  
( )

<症状の改善が見込める場合、自由診療もご希望されますか？>  
 はい  いいえ

<今まで大きな病気をしたことや、治療中の病気はありますか？>  
 なし  アトピー性皮膚炎  アレルギー (花粉症を含む)  口唇ヘルペス  陰部ヘルペス  
 帯状疱疹  気管支喘息  糖尿病  高血圧  心臓病  肝疾患  腎疾患  膠原病  
 前立腺肥大症  緑内障  その他( )  
具体的に教えてください。( )

<おタバコを吸いますか？>  
 吸う ( \_\_\_\_ 本/日、 \_\_\_\_ 歳から)  吸っていた ( \_\_\_\_ 本/日、 \_\_\_\_ ~ \_\_\_\_ 歳)  吸ったことがない

<薬や食べ物でアレルギーなど異常があったことはありますか？>  
 はい (薬/食べ物の名前 \_\_\_\_\_)  いいえ

<(女性の方に) 現在妊娠中あるいは授乳中ですか？>  
 妊娠していない  妊娠中 (妊娠 \_\_\_\_ 週目)  授乳中

<当院に来院されたきっかけは何ですか？>  
 ホームページ  職場に近い  お住まいに近い  紹介 (紹介者/医療機関 \_\_\_\_\_)  
 各種メディア  看板  その他 ( \_\_\_\_\_)