

問診票

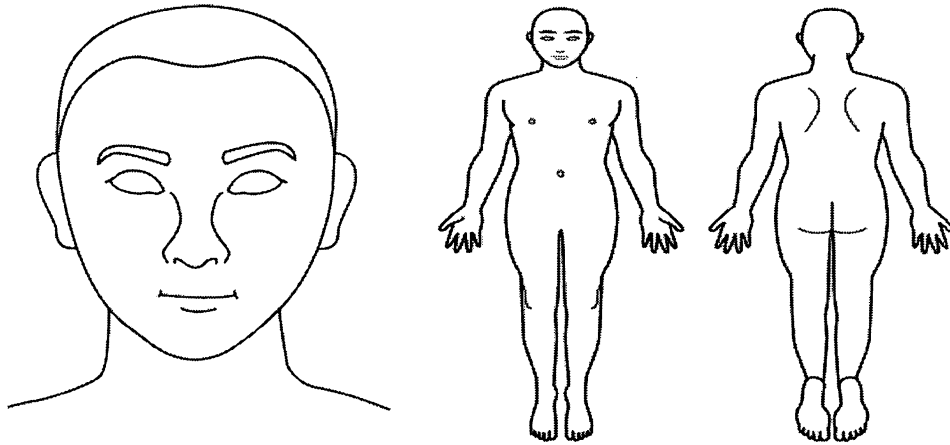
年 月 日

ふりがな お名前	生年月日 昭和/平成/令和 年 月 日(歳)	性別 男・女
住所 〒		
電話番号	携帯電話	

1. 今日はどのような症状で来院されましたか？

- ・しっしん ・かぶれ ・かゆみ ・水虫 ・ヘルペス ・できもの ・水いぼ ・アトピー
・乾燥肌 ・ニキビ ・いぼ ・タコ ・ウオノメ ・ほくろ ・やけど ・しみ
・その他()

症状のある場所に○をつけてください。



2. いつ頃からその症状がありますか？

()

3. 現在、お薬を飲んでいますか？ *お薬手帳をお持ちの方は受付へお出してください。

いいえ ・ はい()

4. 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ ・ はい()

5. 既往歴・手術歴はありますか？

いいえ ・ はい()

6. 薬や食べ物などにアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい(薬: 食品:)

7. 当院をどうやってお知り頂きましたか？

チラシ ・ 看板 ・ ネット ・ 知人 ・ その他()

女性の方にお尋ねします。

8. 妊娠されていますか？

いいえ ・ わからない ・ はい(週目)

9. 授乳中ですか？

いいえ ・ はい

10. 妊娠を希望されていますか？

いいえ ・ はい

ご協力ありがとうございました。 さの皮フ科クリニック