

問診票 (皮膚科)

ID: _____ 氏名: _____

体温: _____ °C 身長・体重: _____ cm _____ kg

当院をどのようにしてお知りになりましたか? ご紹介 ・ Web/HP ・ 通りがかり ・ その他
当院へのご来院は初めてですか? はい ・ いいえ

1. 本日はどのような症状でご来院されましたか?

(症状は? /いつから?)

2. 現在かかっている病気はありますか? ある ・ ない

→現在治療されていますか? している ・ していない

病院名 () 病名 ()

3. これまでに大きな病気にかかったことはありますか? ある ・ ない

(治療内容等:)

4. 現在飲まれているお薬やサプリメントなどはありますか? ある ・ ない

(病院の薬:) (市販の薬:)

5. 最近1か月以内に海外渡航歴はありますか? ある ・ ない

(どちらの国ですか?:) (帰国はいつですか?:)

6. 他に気になる自覚症状はありますか? ある ・ ない

食欲不振 息切れ・動悸 嘔気 便秘・下痢 痛み(頭・胸・お腹・腰)

7. 生活習慣についてお伺いします。

飲酒 : する(毎日・週数回・月数回) しない

たばこ : 吸う(1日 本) 以前吸っていた 吸わない

睡眠時間: () 時間

8. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか? ある ・ ない

薬 食べもの 花粉 その他 内容 ()

9. (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか? はい ・ いいえ

★紹介状をお持ちの方は、受付にご提出下さい。