

くどう皮ふ科医院 問診票

日付 年 月 日

ID

ふりがな 氏名		男 女	昭和	年	月	日
			平成	()	()	()
住所	(〒 -)		電話:			
			緊急時:			
職業			体重	kg		

■どのようなことで来院されましたか (当てはまるものに○をつけてください)

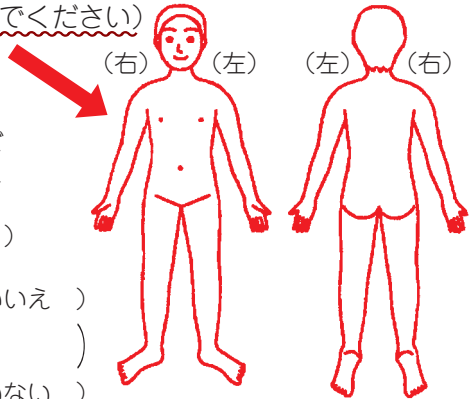
●いつ頃から

さつき・今朝・昨夜・昨日・()日前・()週間前・()ヶ月前・()年前

●どの部位に (診断を希望される場所を○で囲んでください)

●どんな症状ですか

かゆい 赤い 痛い ふつぶつ かさかさ
水虫 じんましん タコ・ウオノメ ケガ やけど
できもの・しこり ほくろ ニキビ 水いぼ シミ
虫さされ 巻き爪
その他 ()



●上の症状で何か治療をしていましたか (はい・いいえ)

治療内容 ()

●家族に同じような症状の方はいますか (いる・いない)

■現在、治療中の病気はありますか (高血圧症・糖尿病など) (ある・ない)

ある方→病院名 ()
病名 ()

■現在、飲んでいるお薬はありますか [健康食品を含む] (ある・ない) お薬手帳 (持参・忘れ)

ある方→お薬の名前 ()

■今までに薬や食べ物で副作用 (ショック・発疹・気分不快) がありましたか (ある・ない)

ある方→名前 ()

■今までに手術を受けたことや、入院したことはありますか (はい・いいえ)

はい→いつ頃・病名 ()

■女性の方へ

妊娠中ですか (はい [第 週] ・いいえ)

授乳中ですか (はい・いいえ)