

問 診 票

(皮膚科外来)

年 月 日

ふりがな 氏 名	(男・女)	生年月日	大正・昭和・平成			年 齢	歳
			年	月	日		
住 所	〒 ー						
電 話	自宅： ()		緊急連絡先： ()				
身長： cm 体重： kg 体温： °C 職業：							

【1】 どのような症状がありますか
()

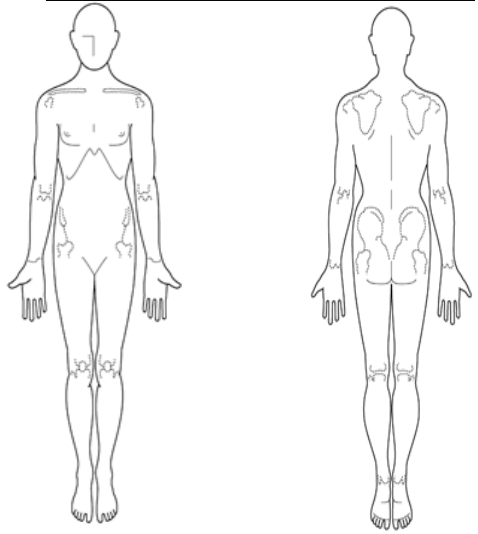
具合の悪い所を
絵に○印で囲って下さい

【2】 いつ頃から悪くなりましたか
1) 本日 2) 昨日 3) () 日前
4) () 週間前・() ヶ月前・() 年前

【3】 他院で診察または治療を受けられたことがありますか
いいえ・はい (差支えなければ病院名/治療内容等ご記入下さい)

病院名 (医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所)

どのような検査を受けられましたか
()



【4】 今までかかった病気や現在治療中の病気がありますか
いいえ・はい (心臓 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 不整脈 ・ 胃 ・
血液の病気 ・ 腸の病気 ・ 眼の病気 ・ 骨折 ・
喘息 ・ アレルギー鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 蕁麻疹 ・ その他 ())

【5】 現在飲んでいる薬、治療中の病気はありますか
いいえ・はい

【6】 お薬手帳はありますか
いいえ・はい (本日持参している ・ 自宅に持っている)

【7】 薬や注射で発疹が出たり、アレルギー体質だといわれたことがありますか
いいえ・はい 何でアレルギーがでましたか
(飲み薬 ・ 注射 ・ 造影剤 ・ 食物 ・ 金属 ・ 消毒用アルコール ・
テープ類 ・ 薬品名および食物名 ())

【8】 たばこは吸われますか いいえ・はい (1日 本)

お酒は飲まれますか いいえ・はい (1日酒 合 ・ ビール缶 本
その他)

裏面もご記入下さい

【9】女性の方に、現在妊娠されていますか

いいえ・はい・可能性がある

【10】当院へお越し頂いたきっかけを教えてください

他院からの紹介 (医院・クリニック・病院・診療所)

他科からの紹介 (科 先生より) ・ 知人の紹介 ・ ホームページを見て

講演会 ・ 市民講座 ・ 雑誌 ・ 新聞 ・ 広告 ・ その他 ()

タウン誌 よみっこ(yomi っこ) ・ チラシ ・ ポスター ・ 人間ドック/PET 等検査 ・ 近くて便利

【11】診察、治療でのご相談やご協力をして頂ける方(キーパーソン)は、おられますか

いいえ・はい お名前 ご関係(家族 知人)

連絡先(自宅・携帯・勤務先・その他)

介護保険認定：有・無・申請中

認定有の方：要支援 () / 地域包括支援センター(施設名 担当者)

要介護 () / ケアマネジャー (施設名 担当者)

連絡先：施設・携帯・その他 (- -)

ご協力ありがとうございました

皮膚科外来
問診担当者 ()