

# 問 診 票

年 月 日

## [ID ] (皮膚科外来)

ふりがな 氏 名	(男・女)	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	年 齡	歳
住 所	〒 _____ 前回の受診からの変更 (有・無)				
電 話	自宅 ( )	本人携帯 ( )	緊急連絡先 ( )	続柄[ ]	
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  
( )

【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(経口避妊薬・市販薬を含めて)はありますか  
いいえ・はい( )

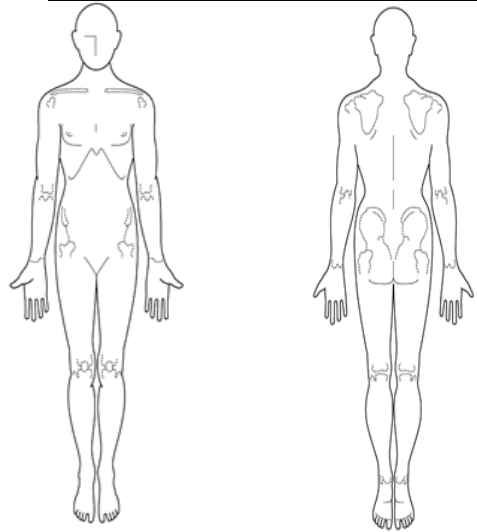
【6】お薬手帳はありますか  
いいえ・はい ( 本日持参している・自宅に持っている )

【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 )

具合の悪い所を  
絵に○印で囲って下さい



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】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 関係（家族 知人）

連絡先（自宅・携帯・勤務先・その他）

【アンケート】ご協力をお願いします当院へお越し頂いたきっかけを教えてください

ホームページ・広告（雑誌・新聞・チラシ・ポスター・その他（ ））を見て  
講演会・市民（健康）講座・西の京病院主催の教室に参加して  
他院からの紹介（医療機関名）  
西の京病院/他科からの紹介（科 先生、人間ドック/PET等検査）  
知人（親、兄弟、友人、病院の人）の紹介・近くて便利

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（ ）



2022年2月1日