

初診用 皮膚科問診票

フリガナ

【氏名】 _____ 【生年月日】 _____ 年 月 日 【年齢】 _____ 【性】 男・女

【住所】〒 _____

【TEL】 _____

・ 今日はどうされましたか？

☐ かゆい ☐ 痛い ☐ ブツブツ ☐ カサカサ ☐ その他 ()

【本日の症状は、職場・通勤中などお仕事に関する症状ですか？】

☐ はい ☐ いいえ

・ どこですか？絵に記載してください

・ 症状はいつからですか？ ()

・ 現在その症状で他院にて治療されていますか？

☐ あり ☐ なし

病院名 ()

薬の名前 ()

※お薬手帳をお持ちの方はお渡しください

・ 他に病気はありますか？

☐ なし ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 心臓病 ☐ 高脂血症

☐ その他 ()

・ アレルギーはありますか？

薬 ☐ なし ☐ あり ()

食べ物 ☐ なし ☐ あり ()

その他 ☐ なし ☐ あり ()

・ 妊娠中ですか？（女性の方のみ）

☐ はい ☐ いいえ

・ 授乳中ですか？（女性の方のみ）

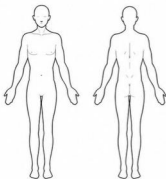
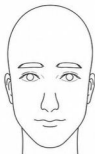
☐ はい ☐ いいえ

・ 当院をどこで知りましたか？（来院のきっかけ）

☐ インターネット ☐ Google マップ ☐ ホットペッパー ☐ 看板・通りがかり

☐ 知人家族の紹介 ☐ 以前来院したことがある ☐ 他科で来院中

☐ その他 ()



前

後

ご協力ありがとうございました。 医療法人都史会由井クリニック