

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	大正	年	月	日
			昭和			
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)

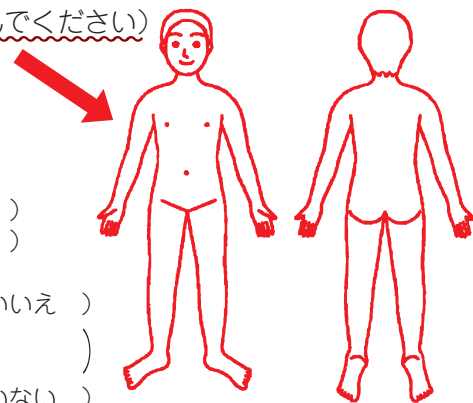
●いつ頃から

さっき・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 ぶつぶつ じんましん 痛い
水虫 タコ・ウオノメ キズ・ケガ やけど
とこずれ できもの・しこり ほくろ
虫に刺された・動物に咬まれた ()
その他 ()



●このことで何か治療をしていましたか (はい・いいえ)

その内容 ()

●家族に同じような症状の方はいますか (いる・いない)

■現在、他院にて通院中や、治療中の病気はありますか (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)

ある方→名前 (お薬かお薬手帳を持参)

■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)