

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 昭和 平成	年 月 日 () 歳
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)

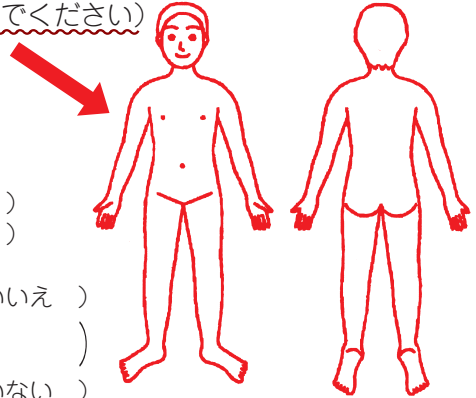
●いつ頃から

さっき・今朝・昨晚・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、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→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)