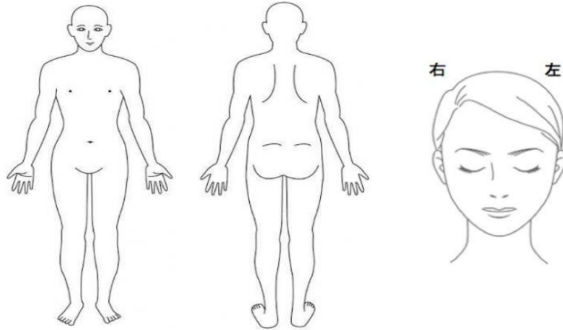


皮膚科用 問診票

ふりがな			体温	°C
お名前	様		性別	男 ・ 女
生年月日	(大正・昭和・平成・令和・西暦) 年 月 日 (満 歳)			
ふりがな				
住所①	〒	(都道府県)	(市区町村)	
ふりがな				
住所②	(番地)			
ふりがな				
住所③	(建物名・部屋番号)			
電話番号	(自宅)	()	(携帯)	()
身長	cm	体重	kg	血液型 Rh ()
<p>■今日はどのような症状で来院されましたか？ 症状にレ点をつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>しっしん <input type="checkbox"/>かぶれ <input type="checkbox"/>かゆみ <input type="checkbox"/>水虫 <input type="checkbox"/>ヘルペス <input type="checkbox"/>できもの <input type="checkbox"/>水いぼ <input type="checkbox"/>アトピー <input type="checkbox"/>乾燥肌 <input type="checkbox"/>ニキビ <input type="checkbox"/>イボ <input type="checkbox"/>タコ <input type="checkbox"/>ウオノメ <input type="checkbox"/>腫れ <input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>赤い <input type="checkbox"/>じくじく <input type="checkbox"/>かさかさ <input type="checkbox"/>ひりひり <input type="checkbox"/>ぶつぶつ <input type="checkbox"/>切れている <input type="checkbox"/>その他()</p>		<p>⇒症状のある部位に○をつけてください。</p> 		
<p>■いつ頃からその症状がありますか？</p>				
①現在お薬やサプリメントを飲んでますか？		ない ・ ある ()		
②現在治療中・通院中の病気はありますか？		ない ・ ある ()		
③薬や食べ物等にアレルギーはありますか？		ない ・ ある ()		
④大きな病気やケガをされたことはありますか？		ない ・ ある ()		
⑤手術をされたことはありますか？		ない ・ ある ()		
⑥女性の方にお尋ねします。				
■妊娠されていますか？		いいえ ・ わからない ・ はい (週)		
■授乳中ですか？		いいえ ・ はい		
⑦当院を何でお知りになりましたか？		チラシ・当院ホームページ・Web (具体的に) ご紹介・クリニック前 看板を見て・その他 ()		
【備考】				