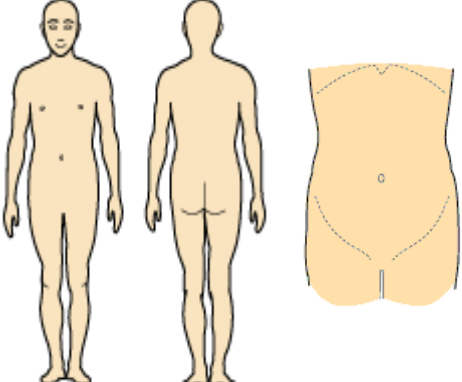


《 皮膚科 問診シート 》

年 月 日

フリガナ お名前		男 ・ 女	生年月日 年 月 日 才	身長 cm	体重 kg	体温 ℃
ご住所	〒 _____			電話 (連絡先)	() —	

1. いつから、どのような症状がありましたか？

・いつから？	症状があるのは体のどの部分ですか？ 
・どのような症状？	
・今回のことで治療を受けましたか？	
病院名：	
薬：	

2. 現在、治療中の病気はありますか？（例：高血圧、糖尿病、高コレステロール血症など）

年 月頃から 病名：

3. 今までに何か大きな病気で治療（手術）を受けたことがありますか？（盲腸、喘息など）

ない / ある → 病名（いつ頃）：

4. 現在、飲んでいるお薬はありますか？

ない / ある → 薬名：

5. 飲み薬や注射、食物でじんましん等アレルギー反応が出たり、湿布などでかぶれたりしたことはありますか？（例：ペニシリン、エビなど）

ない / ある → 薬品名： 食品名：

6. 以下の疾患で該当するものに○をつけてください。

喘息、花粉症、高血圧、扁桃腺が腫れやすい、糖尿病、結核、前立腺肥大、緑内障（眼圧が高い）

7. お酒は飲みますか？

飲まない / やめた / 飲む → (回/週) (ビール・日本酒・焼酎 杯・合)

8. たばこは吸いますか？

吸わない / やめた (前から、それまで 本/日) / 吸う → (歳頃から1日 本ぐらい)

9. 女性のみお答えください。

前回の月経は？ 月 日から 日間 (定期・不定期) ・ 閉経： 歳

現在妊娠していますか？ はい (ヶ月) ・ いいえ → 妊娠の予定は？ (はい・いいえ)

10. 当院の皮膚科を何でお知りになりましたか？ 1 インターネット 2 駅広告

3 知人の紹介 () 4 先生の紹介 (内科・婦人科・)

5 その他 (通りがかり、)

11. 医療費明細書の発行を希望しますか？ 1 希望しない 2 希望する