

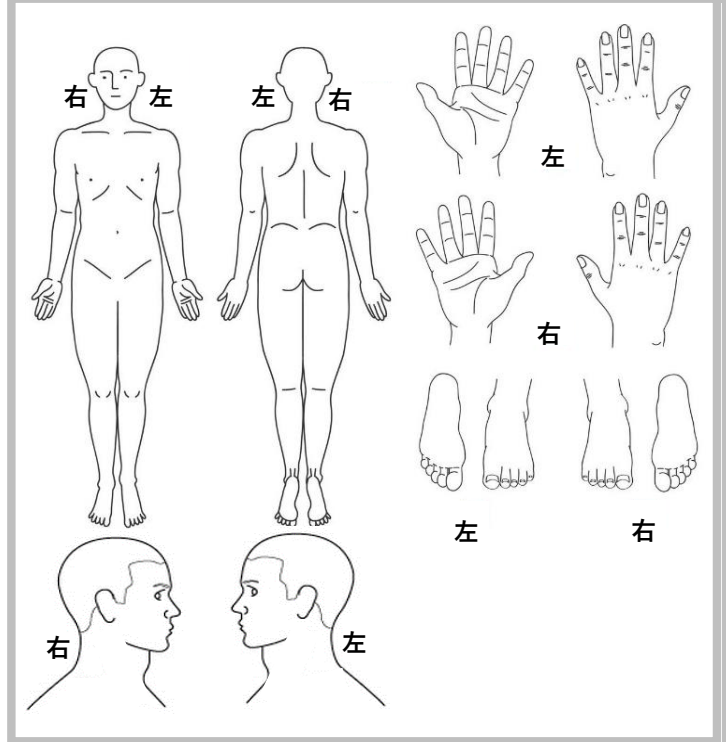
問 診 票 (皮膚科 初診)

フリガナ		受診日	月 日	体重	k g	
氏 名	様	年齢	才	自宅	-	-
住 所 〒	-	<input type="checkbox"/> 埼玉県 <input type="checkbox"/> 比企郡				
住 所 〒	-					
住 所 〒	-					

以下の質問に対してご記載、該当する□に✓を記入してください。（答えられる範囲で結構です）

①どのような症状がありますか	⑤場所はどこですか（○をつけてください）
----------------	----------------------

- かゆみ
- いたみ
- ひりり
- 赤み
- イボ
- ニキビ
- ほくろ
- 皮がむける
- シミ
- タコ
- 魚の目
- 巻き爪
- やけど
- ケガ
- その他【 】



②その症状はいつ頃からですか

③以前にも同じよう症状がありましたか

ある ない

④今までどうしていましたか

何もしていない
 市販薬をつかっていた
 他院を受診していた

⑥今までにかかったことのある病気、もしくは治療中の病気はありますか

糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 高血圧 緑内障 リウマチ・膠原病
 その他【 】

⑦現在使用している塗り薬・飲み薬を教えてください。（お薬手帳は受付にお渡してください）

なし あり⇒お薬の名前【 】

⑨薬や注射で具合が悪くなったことはありますか

なし あり⇒どのような薬【 】

⑩アレルギーはありますか

なし あり⇒【 】

⑪妊娠中または、授乳中ですか（女性の方のみ）

いいえ はい