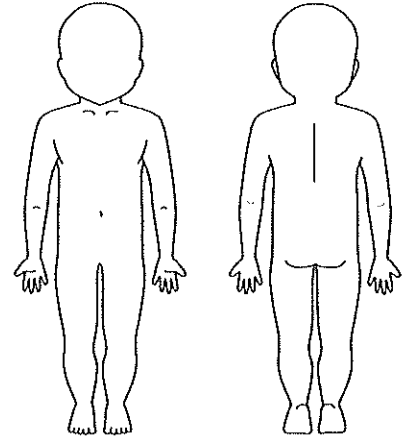


問診票

記入日

フリガナ		男	昭和・平成・令和	年	月	日	生まれ(歳)
氏名			女	※12歳未満の方: 体重(kg)			
住所	〒			職業(具体的に)			
電話番号	() -						



- 症状はどれですか?(複数可)
 - かゆい いたい ブツブツ 水ぶくれ ケガ ヤケド
 - かさつき できもの 皮むけ 赤い 黒い シミ
 - 脱毛 AGA、女性の薄毛 その他 _____
- いつからですか? _____
- 部位はどこですか? 右図に○印等で記入してください
- 薬や食べ物のアレルギーについてうかがいます
 - a. アトピー性皮膚炎、喘息、花粉症、じんましん、金属や毛染めのかぶれなどがありますか? ある ない
 - b. 血のつながった身内の方に喘息、花粉症、アトピー性皮膚炎の方がいらっしゃいますか?
 - いる いない 「いる」の場合、それはどなたですか? _____
 - c. 注射、飲み薬、つけ薬、貼り薬などで合わないものがありますか? ある ない
 「ある」の場合、わかれば薬の名前を記載してください _____
- 治療中の病気や持病はありますか? ある ない
- 現在、他の医療機関に通院していれば、以下にお答えください
 - 医療機関 _____ 受診日 _____
 - 治療内容 _____
- 治療中の病気や持病が「ある」または「あった」方のみ選択をお願いします
 - アトピー じんましん 花粉症
 - 心臓病 高血圧 血栓症 糖尿病 喘息 胃潰瘍 前立腺肥大 緑内障
 - 腎臓病 肝臓病(B型C型肝炎含む) 膠原病・リウマチ 脳梗塞/脳出血
 - 甲状腺疾患 うつ 不安神経症 統合失調症 てんかん 梅毒 HIV
 - がん(がんの種類: _____) その他 _____
- 現在使用中の内服薬や外用薬、サプリメント、健康食品はありますか? 薬や商品名を記入してください
 - ある _____ ない お薬手帳あり(受付でご提出ください)
- この1年間で健康診断(特定健診、高齢者健診など)を受診しましたか?
 - はい: 指摘された内容 _____ 受診日 _____
 - いいえ
- 女性の方のみにお聞きします
 - 妊娠中(_____ 週) 授乳中である 妊娠していない
- 湿疹のある方へ、入浴時に下記のものを使用していますか?
 - ナイロンタオル あかこすり スポンジ ボディブラシ 温泉系入浴剤
- 当院をお知りになったきっかけを教えてください(複数回答可)
 - ホームページ お住まいが近い 職場が近い 各種メディア 看板を見た

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。