

問診票（皮膚科）

フリガナ

お名前

生年月日

明・大・昭・平・令

年 月 日

身長 cm 体重 kg

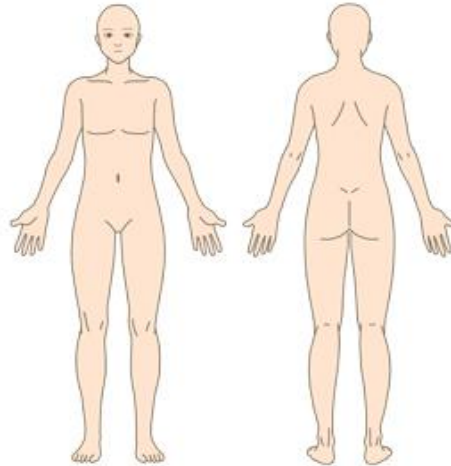
記入日 年 月 日

あてはまるところに記入または☑をつけてください。

症状のある部分に○をつけてください

●どのような症状ですか？（複数あればすべて☑）

- かゆい 痛い 水虫 いぼ できもの
 にきび かぶれ やけど 抜け毛 ふけ
 赤い ぶつぶつがある 腫れる
 その他（ ）



●症状はいつ頃からありますか？

約（ ）日・週間・年前から

●今回の症状で他の病院を受診されましたか？

- いいえ はい
(病院名)

●現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

- アトピー性皮膚炎 アレルギー性皮膚炎（花粉症） 喘息 痛風 胃潰瘍
 肝疾患 腎疾患 透析中 膠原病 緑内障 前立腺肥大 精神疾患
 高血圧 糖尿病 心筋梗塞・狭心症 不整脈 脳出血・脳梗塞
 がん（部位： ） その他（ ）

●現在服用している薬はありますか？

- なし あり（薬品名： ）

※本日、お薬手帳はお持ちですか？ はい いいえ

●薬や食べ物などのアレルギーはありますか？

- なし あり（食べ物名・薬品名： ）

●今までに入院したことや手術を受けたことはありますか？

- なし あり（病名： 病院名： ）

●お酒を飲みますか？

- いいえ はい（どれぐらい飲みますか： ）

(例；1日ビール350ml、日本酒1合、1週間に〇〇回程度など)

●女性の方のみ

- ・現在妊娠中ですか？ いいえ 可能性がある はい（妊娠 週）
・現在授乳中ですか？ いいえ はい

●明細書の発行を希望されますか？

- する しない



一般財団法人 関東厚生福祉会

朝霞厚生病院