

皮膚科問診票

DATE.

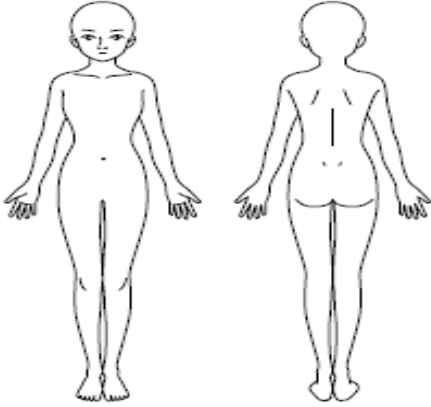
NO.

| | | | | |
|------|---|-------------------|------|-------|
| フリガナ | | 生年月日（大正・昭和・平成・令和） | | |
| お名前 | | 年 月 日 | 歳 | 男 ・ 女 |
| ご住所 | 〒 | | 電話番号 | |

身長 _____ cm

体重 _____ kg

1) 症状があるところすべてに
○をつけてください。



2) あてはまる症状をお選びください。

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 湿疹 | <input type="checkbox"/> 乾燥 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | |
| <input type="checkbox"/> かぶれ | <input type="checkbox"/> 虫さされ | <input type="checkbox"/> じんましん | |
| <input type="checkbox"/> 腫れ | <input type="checkbox"/> いぼ | <input type="checkbox"/> うおのめ | |
| <input type="checkbox"/> やけど | <input type="checkbox"/> とげ | <input type="checkbox"/> 膿み | |
| <input type="checkbox"/> にきび | <input type="checkbox"/> ヘルペス | <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 | |
| <input type="checkbox"/> ほくろ | <input type="checkbox"/> しみ | <input type="checkbox"/> あざ | |
| <input type="checkbox"/> 巻き爪 | <input type="checkbox"/> 爪の異常 | <input type="checkbox"/> 水虫 | <input type="checkbox"/> 手汗 |
| <input type="checkbox"/> かゆい | <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> 赤い | <input type="checkbox"/> 脇汗 |
| <input type="checkbox"/> その他（ | | | ） |

3) いつから症状がありますか？

※日付がわかれば具体的にご記入ください。

{ _____ }

4) 定期的、不定期に使用している内服薬・外用薬はありますか？（市販薬やサプリメントを含む）

いいえ はい →

{ _____ }

※ジェネリック医薬品希望 あり なし

5) 過去にかかったことのある病気（現在あるものを含む）があればご記入ください。

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | <input type="checkbox"/> じんましん | | |
| <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 | <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 | <input type="checkbox"/> 喘息 | |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> コレステロール（中性脂肪）が高い | <input type="checkbox"/> 心臓病 |
| <input type="checkbox"/> その他（ | | | ） |

6) アレルギーはありますか？

- | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | → | <input type="checkbox"/> 花粉 | <input type="checkbox"/> 食物 | <input type="checkbox"/> ダニ | <input type="checkbox"/> 動物 | <input type="checkbox"/> ハウスダスト |
| | | | <input type="checkbox"/> 麻酔 | <input type="checkbox"/> 薬（ | | | ） |

7) 女性の方にお伺いします。

妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい

授乳中ですか？ いいえ はい

以下はよりよいクリニックづくりのためにご回答頂ければ幸いです（○をおつけ下さい）

◆このクリニックにはどうやってこられましたか？

車で JR浅草橋駅から 都営浅草線浅草橋駅から 家から歩いて 自転車で その他（ _____ ）

◆クリニックを知るきっかけがありましたか？

ホームページをみて 直接建物を見た タウンページ 医療マップ 織田院長または副院長を知っていた
医療機関より紹介 親戚・知人に聞いた その他（ _____ ）

その他、ご要望ありましたらお書きください。

* 個人情報の取り扱いについて *

上記の内容は、当院「個人情報保護規定」により適切に管理いたします。
当院での個人情報の利用は、掲示板でお知らせした内容に限定して利用いたします。
検査内容は医師が必要と認めた項目で実施致します。
上記の内容を同意して診察を申し込みます