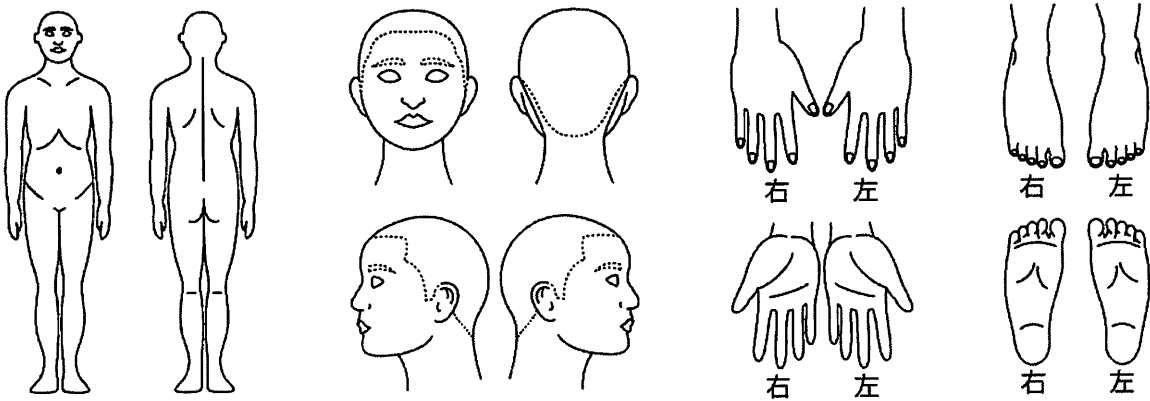


おのだ皮膚科 問診票

ふりがな 氏名		男 女	大正		
			昭和	平成	令和
住所	(千 -)			電話:	
				緊急時:	
職業		身長	cm	体重	kg

◆いつからどんな症状がありますか。

- a. いつから： (例) ○月△日から、○日前から
- b. 症状 (○をつけてください)：かゆい、痛い、かさかさ、赤くなっている、水虫、いぼ、ホクロ、きず、
やけど、虫刺され、できもの、にきび、脱毛、あざ、その他 ()
- c. その症状についてこれまで治療を受けたことがありますか？：(はい、いいえ)
- d. 部位 (絵に印をつけてください)：



1. 現在、他に治療中の病気はありますか？ (はい、いいえ)
⇒ 「はい」の方は、病名と薬を書いてください。(病名：)
[薬：] ※診察時にお薬手帳を見せていただいても構いません。

2. 今までにかかったことのある病気を教えてください。
アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 (花粉症) 喘息 糖尿病 心臓病 高血圧
胃潰瘍 肝臓疾患 腎臓疾患 膠原病 前立腺肥大 緑内障 輸血
手術 () その他 ()

3. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？ (はい、いいえ)
⇒ 「はい」の方は、具体的に教えてください。()

4. 当院をどのようにして知りましたか？
a 知人の紹介 b 通りがかり c ホームページ d その他 ()

【女性の方に】 現在、妊娠中ですか？またはその可能性はありますか？
a. 現在妊娠している (月) b 可能性あり c 可能性なし