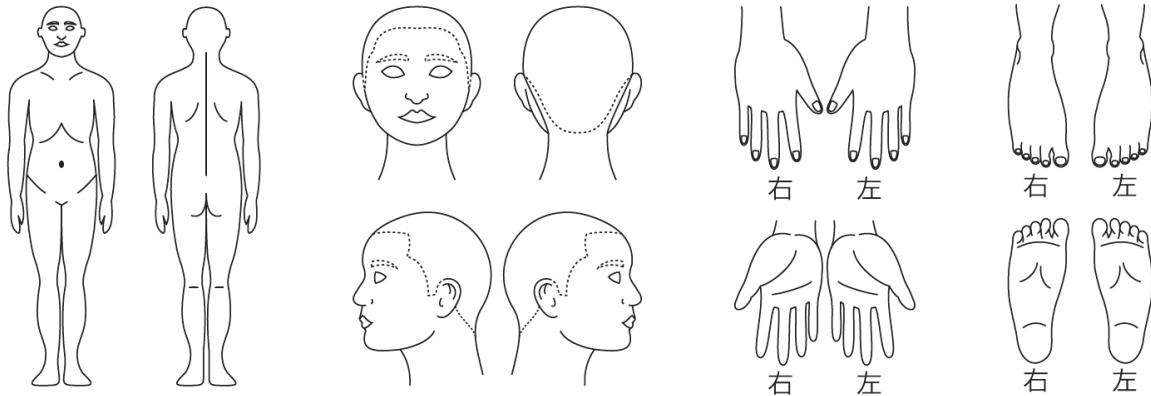


# おのだ皮膚科 問診票

ふりがな		男	大正
氏名		女	昭和 年 月 日 ( 歳 )
住所	( 〒 - )	電話:	
		緊急時:	
職業	身長	cm,	体重 kg

1. いつからどのよう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、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)：



2. 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： ]

※診察時に薬手帳をみせていただくのも構いません。

3. 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 ( )

4. 薬、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。( )

5. 【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 (  か月)    b 可能性あり    c 可能性なし

6. 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 ( )