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	年　月　日（　歳）
住所	（〒　－　）		電　話： 緊急時：	
職業		身長　cm	体重　kg	

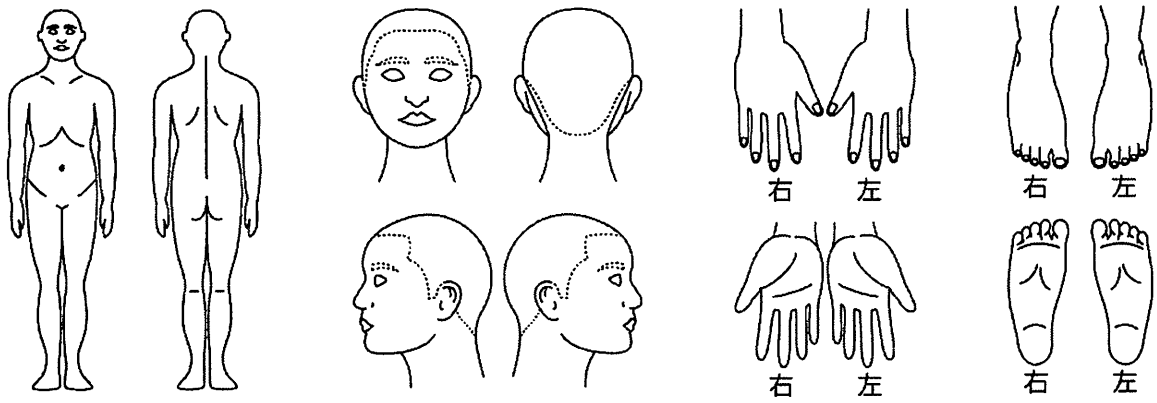
❖いつからどんな症状がありますか。

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（ 有 ・ 無 ）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（　か月）　b 可能性あり　c 可能性なし