

はなみずき皮膚クリニック 問診表

20 年 月 日 記入

作成日2018/4/2改訂

〒 - 住所:

フリガナ
電話 () 患者氏名 男・女 【代諾者署名】

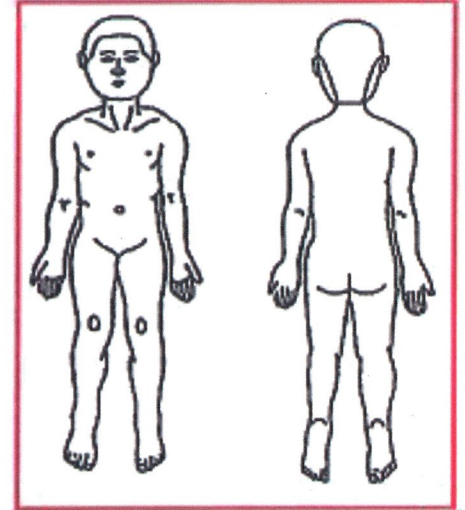
携帯 () 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 年齢 (歳)

★ はじめての受診

★ 本日、相談したい内容を教えてください。

- しっしん じんま疹 にきび
 アトピー イボ 円形脱毛症
 水虫 その他 ()

★ それはどこですか、右図に書き込んで下さい →→→→→→→→→→



★ 発熱はありますか？ ある (°C) ない

★ いつ頃からですか？ ()

★ お薬手帳はお持ちですか？

- ある(持っている) なし

★ 今回の症状について、どこかで治療を受けたことがありますか？

- はい (いつ頃 年 月 日) いいえ
[◇外用薬 ◇内服薬 ◇手術 ◇その他 ()]
[薬名 ()] ※分かる範囲で全てご記入下さい。

★ 今までに薬のアレルギーが出たことはありますか？

- はい (どんな薬) いいえ

★ 下記の病気と診断されたことはありますか。

また、現在治療中の病気、大きな病気や手術の経験がありますか？

- はい (緑内障、喘息、糖尿病、高血圧、心臓病、肝臓病、腎臓病) いいえ
 手術名 ()

★ 血液を固まりにくくする薬を飲んでいますか？

- はい (アスピリン、バファリン、ワーファリン、パナルジン) いいえ

★ その他に内服中、外用中、点眼中の薬はありますか？

- はい (具体的に) いいえ

★ 一週間以内に予防接種を受けていますか。受ける予定はありますか？

- はい (予防接種名: 月 日) いいえ

★ 女性のみ記入して下さい。現在妊娠されていますか？ はい (予定日) いいえ 不明

★ 女性のみ記入して下さい。現在授乳されていますか？ はい いいえ

★ お子様のみ記入して下さい。

現在の体重 (kg)

★ お子様のみ記入(チェック)して下さい。お薬は、 粉剤 錠剤 どちらを希望されますか？

《下記は自費診療になります》

★ しみ ピアス その他 ()