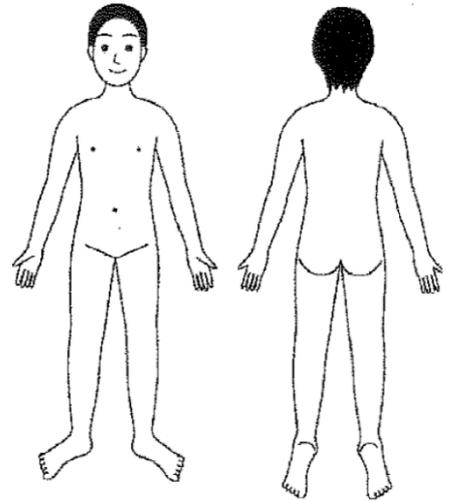


みうら皮膚科クリニック問診票

フリガナ		生年	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令		
ご氏名	(男・女)	月日	年	月	日 (満 歳)
ご住所	〒 -				
電話番号		身長	cm	体重	kg
携帯番号		本人・母・父		ご職業	
		その他 ()			

1. 本日の症状についてお聞きします。

- ・ 右の図の症状があるところに○をつけて下さい。
- ・ いつ頃からですか。()
- ・ どのような症状ですか。
かゆい 痛い ぶつぶつ かさかさ 赤み 水ぶくれ
やけど 水虫 ニキビ いぼ たこ・魚の目
じんましん アトピー 巻き爪 脱毛 ケガ
できもの・しこり その他 ()
- ・ その症状で現在あるいは過去に治療を受けたことはありますか？
はい・・・ 医療機関名 ()
いいえ 病名・治療方法 ()



2. これまでにかかった病気、または現在治療中の病気に○をつけて下さい。

- 高血圧 糖尿病 喘息 胃潰瘍 心臓病 腎臓病 肝臓病 リウマチ
 痛風 脳梗塞／脳卒中 前立腺肥大 がん 甲状腺の病気 緑内障 白内障
 心療内科疾患 (うつ、不安神経症など) アトピー性皮膚炎 花粉症 ケロイド
 通院中の病院 ()

3. 現在、何かお薬を飲んでいますか？

- はい・・・ お薬の名前 ()
 いいえ お薬手帳がありましたらご用意ください。

4. 今まででお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

- はい・・・ お薬・食べ物の名前 () ・ いいえ

5. 女性の方にお尋ねします。

- 妊娠中ですか？ (はい [第 週] ・ いいえ) 授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

6. 当院へは何を見て来院されましたか？

- 知人・家族からのご紹介 近いから ホームページ 当院の看板 折り込み広告
 医療機関からのご紹介 (病院名:)

医師からの病状治療説明についてご要望はありますか

- 詳しく聞きたい 要点のみ聞きたい 今回は薬のみの相談がしたい