ゆう皮フ科クリニック

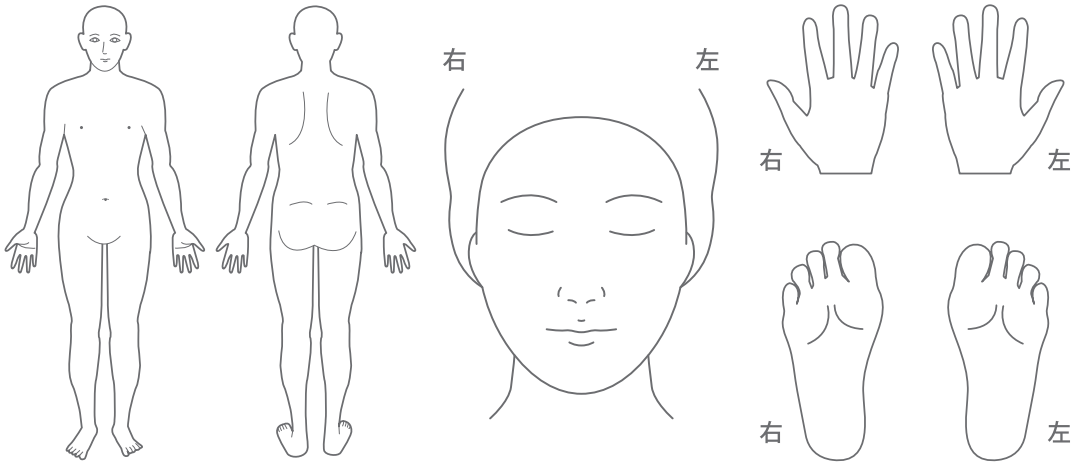
皮膚科 問診票

受診日：　　年　　月　　日

（ご記入いただいた個人情報は、診療目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしませんので記入漏れがないようご記入をお願いいたします）

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年　月　日	年齢　歳	体重　kg
ご住所	〒　　ー		電話番号	日中ご連絡が取りやすい電話番号をご記入下さい		
			仕事内容	皮膚症状に関連する場合がございますので記載をお願いします		

あてはまるものに ☑ をいれてください。

1.今日はどのような症状で来院されましたか？	□アトピー　□じんましん　□花粉症　□にきび　□いぼ　□水虫 □抜け毛　□かゆい　□痛い　□乾燥　□その他（　　）	
2.症状はいつからですか？	□今日　□（　　）日前から　□（　　）ヶ月前から　□（　　）年前から	
3.症状の出ている部分に印をつけてください	 ご自身で考えられる原因がある方はご記入ください（　　）	
4.1の症状で他院で治療を受けたことはありますか？	□なし □あり	※「あり」の方 最終受診日（　　）　病院名（　　） 病名（　　）　薬の名前（　　）
5.現在、治療中または過去に次のような病気にかかられたことはありますか？	□なし □あり	※「あり」の方 □アトピー □喘息　□糖尿病　□緑内障　□膠原病 □高血圧　□高脂血症 □心臓病　□腎臓病　□前立腺肥大症 □肝臓病　□透析中　□歯科治療中 □HIV　□その他（　　）
6.現在、常用中の内服薬や外用薬はありますか？	□なし □あり	※「あり」の方　お薬手帳をお持ちの方は記載不要です。受付にご提示ください。 薬名（　　） ◎症状が出ている場所に、お薬や化粧品等を塗っている方は事前にお申し出ください。
7.お薬・食品・花粉・金属等のアレルギーはありますか？	□なし □あり	※「あり」の方 具体的に（　　）

8.生活習慣についてお応えください

●お酒　□飲まない　□飲む（毎日・時々）　量：　　ml/日

●たばこ　□吸わない　□吸う（1日　　本）（　　年間）

●運転　□しない　□する（毎日・週2～3日程度・休日のみ）

9.ご家族の中でアトピー性皮膚炎の方はいますか？	□いない　□いる（どなたですか？　　）
10.かかりつけ薬局はありますか？	□あり（　　薬局）　□なし お薬のことで連絡が必要な場合がございます
＊＊女性の方のみ＊＊	□生理中　□妊娠中（　　）ヶ月　□妊娠の可能性あり　□授乳中　□該当なし