## 皮膚科問診票

ID:			令和	口 年	月	E
フリガナ	性別	生年月日				
お名前	男・女	大·昭 平·令	年	月	日(	歳)
ご住所 〒			自宅電話			
			携帯電話			
			伤'巾' 电站	_		
フリガナ *未成年者の方 保護者のお名前(	)、携帯電	話(	)	身長	cm / 体重	kg
介護保険の認定を受けていますか?		\	女性の方:妊			
□ない □ある(要支援 1 · 2 / 要介護 1 · 当院を何でお知りになりましたか?	2 • 3 •	4 • 5 )	□ いいえ	口 ばい(	週) 口形	?乳甲
ロインターネット 口近所なので 口看板 口知人な	いらの紹介(糸	召介者:	) 🗆 त	その他(		)
- 1. 症状のある部位はどこですか?患部に〇を	してください	١ <sub>°</sub>				
( )⇒右図に	0	右(	$\overline{\neg}$		$\langle \rangle$	右
2. どのような症状で来院されましたか?				(50		)
□かゆい □痛い □ニキビ □皮膚のでき	£‡,の					
口やけど ロケガ 口その他(	)		2		RR/	
3. いつごろから症状は出てきましたか?		Tron		Ton!		M
( 年 月 日)から	•	), '¿'	s)({<;.{			
4. 今回の症状で治療を受けていますか?	•		\			
治療内容を教えてください。		\( \lambda_{\alpha} \)			antra	
内服·外用(					)	
5. かかったことのある病気はありますか?						
ロアトピー性皮膚炎 口花粉症 口喘息 ロア	アレルギー性	鼻炎				
□糖尿病 □高血圧 □腎臓病 □肝臓病 [	口心臓病(変	挟心症・不整脈	(など) 口膠)	原病		
□その他(	)					
6. 現在治療中の病気はありますか? □ない	い □ある	(				
7. 現在内服中の薬はありますか? □ない	□ある					
口血液をサラサラにする薬 口低容量ピル 口	コその他(			)		
8. 過去に病気や手術を受けた事があればお	答えください	0				
(病名•手術名:	い	つ頃:		)		
9. 薬や食べ物・アルコールでアレルギーが出	たことがあれ	ιばお答え下る	ない。			
□ない □ある						
食べ物、アルコール(					)	
薬剤(					)	
10. 現在、お仕事はされていますか?						
□いいえ □はい (内容:デスクワーク 営	営業 立ち仕	:事 その他:		Ì	)	
11. ご希望の治療、検査などあれば教えてくた	<b>ごさい</b> 。					
(						
プロス いただきました 二の胆 診主の個 人 樗却	计 参康妇	(カルー) レ戸		毎田さかっ	ᅡᆉ	

ご記入いただきましたこの問診表の個人情報は、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます。 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。