

問 診 表

ふりがな

生年月日 明・大・昭・平

氏 名 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 才)

〒

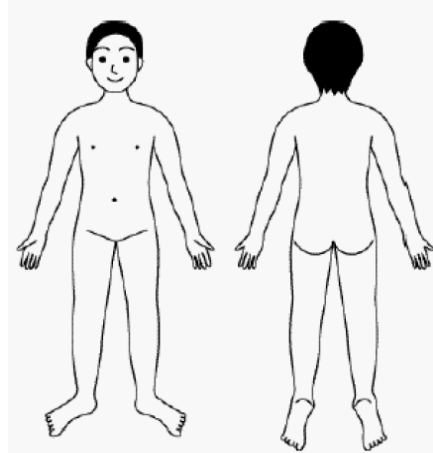
住所 _____ 電話番号 _____

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

・いつ頃から (_____)

・どの部位に (右図に○をつけて下さい)

・どのような症状で



・なにか原因として思い当たる事がありますか。

2. 上記の症状で現在あるいは過去に治療は受けていますか。(はい・いいえ)

「はい」の方…治療内容 (_____)

3. 今までにした大きな病気や、現在治療中の病気があればお書きください。

4. 風邪薬で眠くなりやすい、または良く車の運転をしますか？(はい・いいえ)

5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。(はい・いいえ)

「はい」の方…具体的には (_____)

6. 女性の方のみお答え下さい。妊娠中ですか(はい[_____ ヶ月]・いいえ)

7. どのようにして当院をお知りになりましたか？

・御家族より ・知人の紹介 (_____) ・駅、電柱などの看板 ・ホームページ

・インターネット検索 ・その他 (_____)

8. 診察に際してご要望があればお書きください。

ご協力ありがとうございました。順番にお呼びいたしますので、お待ちください。

*混雑時はご相談内容に優先順位を着けて2つくらいまでをお願いいたします。

大木皮膚科