

問診表

受付日 年 月 日

大塚皮フ科クリニック

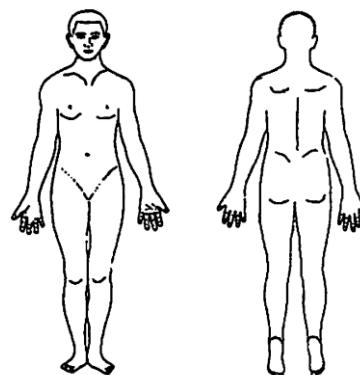
フリガナ		男・女	生年 月日	大・平 昭・令	年	月	日	体 重	Kg
氏名	様			(才)				
住所	〒 -					職業			
電話		携帯							

下記のご質問にお答えください。(チェックを入れてください)

1. 今日はどのような症状で受診されましたか?

●いつ頃からですか?

- () 日前から あたま かお 首
 () 週間前から 胸 腹 背中
 () ヶ月前から 陰部 臀部 手 足
 () 年前から うで 太もも すね
 その他 その他
() ()



●どのような症状ですか?

- かゆみ 痛み 赤み 腫れ 乾燥 ニキビ しこり やけど ほくろ しみ
その他 ()

2. この症状に対し病院を受診したことがありますか?

- いいえ はい → いつ頃ですか? ()

検査や使用した薬の内容を記入、またはお薬手帳を提示してください。

()

3. アレルギーが疑わしい場合、その原因を調べたいですか?

- いいえ はい 相談したい

4. アレルギーはありますか?

- いいえ はい → 花粉 金属 ほこり ラテックス 食べ物 ()
 薬 () その他 ()

5. ケロイド体质(傷をしたところにお肉が盛り上がってくる体质)と言われたことはありますか?

- いいえ はい

6. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか

授乳中ですか

- いいえ はい 可能性あり いいえ はい

7. 今までに病気にかかったことはありますか?

- 喘息 高血圧 高脂血症 心臓病 肝臓病 腎臓病 花粉症 糖尿病
 前立腺肥大 緑内障 その他 ()

8. 現在使用している薬があれば記入、またはお薬手帳を提示してください。

内服中のお薬: _____