問診票

ご記入日　　年　　月　　日　　筋師内科皮ふ科医院

フリガナ		生年月日・性別	□大正 □昭和 □平成 □令和	年　月　日 （　歳）	□男性 ・ □女性
お名前					
ご住所	〒		自宅電話		
			携帯電話		
本日の体温　　度			体重（12歳未満の方）　　kg		

内科の方	
今日は どうされましたか？	
症状は いつからですか？	

皮膚科の方		
今日は どうされましたか？	皮膚症状	□しっしん、かぶれ　□かゆみ　□かさつき　□痛み　□はれ　□できもの　□いぼ
		□うおのめ、たこ　□水虫　□にきび　□美容　□その他（　）
	部位	ご記入下さい。（　）
症状は いつからですか？		

内科・皮膚科共通		
現在治療中、 または過去に治療を受けた病気はありますか？	□ある □ない	※「ある」とお答えの方 □糖尿病　□高血圧　□高脂血症　□心疾患　□肝疾患　□腎疾患 □脳疾患　□緑内障　□前立腺肥大症　□精神科疾患　□アトピー性皮膚炎 □その他（　）
手術されたことはありますか？	□ある □ない	※「ある」とお答えの方 いつ頃（　）　部位（　）
飲んでいるお薬はありますか？	□ある □ない	※「ある」とお答えの方 薬品名（　） ●お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示下さい。
お薬や食品でアレルギーはありますか？	□ある □ない	※「ある」とお答えの方 薬品名（　） 食品名（　）
女性の方へ	□妊娠中（　）ヶ月　□妊娠の可能性あり　□授乳中	