

皮膚科 問診票

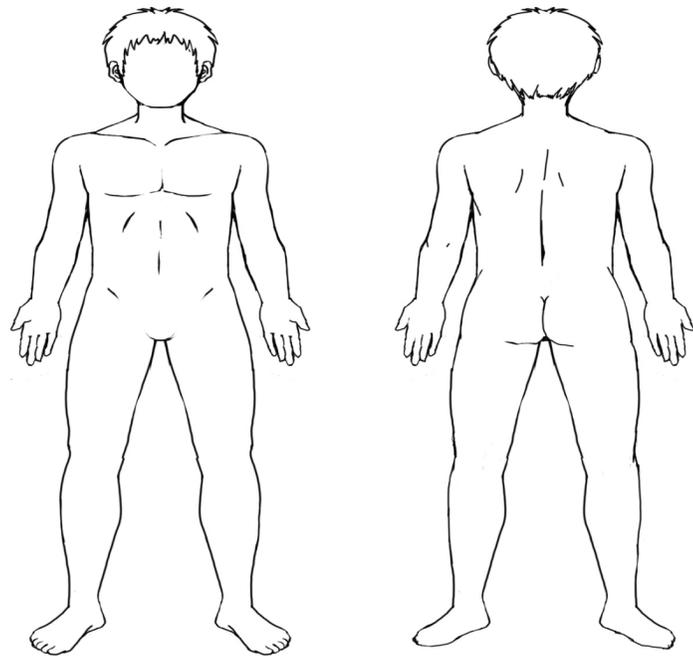
令和 年 月 日

ID No

フリガナ			生年月日		
氏名	様	男・女	M・T	年	月 日
住所			電話番号		
〒			( )		

今日はどうされましたか？ 他院からの紹介（紹介状 あり なし）  
アトピー性皮膚炎 にきび 水虫 帯状疱疹 やけど 円形脱毛症 その他  
AGA（自費） ハイドロキノン（自費） プラセンター注射（自費）  
しみ・しわ・たるみ（自費：要予約） ※自費診療と保険診療の同日診療は出来ません。

いつから・どこに・どのような症状がありますか？



何か対処されましたか？（はい・いいえ） <u>内服薬・外用薬</u> 具体的に <input type="checkbox"/> 他院医療機関で治療 <input type="checkbox"/> 市販薬で治療	薬剤アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> なし
--	---

現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他:	服用中の薬の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし お薬手帳を拝見します。
---	--

アレルギーはありますか？（あり・なし） <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 薬( ) <input type="checkbox"/> 食品( ) <input type="checkbox"/> その他( )	妊娠又は授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	---

当クリニックをどちらでお知りになりましたか？  
看板 インターネット 広告 知人からの紹介 通りすがり 内覧会に来たから  
さいたま市ガイド その他:

ご記入後、受付窓口までお持ち下さい。