

問 診 表

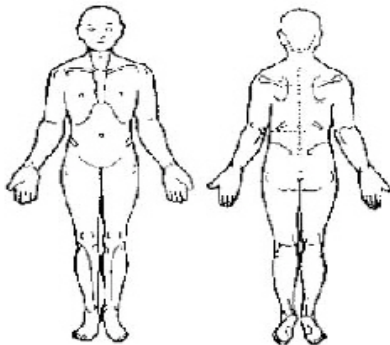
平成 年 月 日

フリガナ	
氏 名	(男 ・ 女)
生年月日 M・T・S・H	年 月 日
住 所 (〒 -)	
T E L ()	- 職業 ()
携 帯 ()	-

1. 本日はどのような症状で来院されましたか。

・いつから ()時間前 ()日前 ()週間前 ()か月前
()年前

・症状のある部位を○で囲んでください。



・あてはまるものに○をつけてください。

痒み 痛み いぼ ほくろ にきび にきび痕 できもの
シミ シワ たるみ 赤ら顔 毛穴
その他()

2. これまでに薬を飲んで、じんましんやショック、薬疹が生じたことはありますか。

(はい 薬品名 _____ ・ いいえ)

3. 現在かかりつけの病気はありますか。 (はい ・ いいえ)

他院で飲み薬を飲んでいませんか。

(はい 薬品名 _____ ・ いいえ)

裏面にも記入をお願いします。

当院の存在を何で知りましたか。

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 電話帳 | <input type="checkbox"/> 新聞 | <input type="checkbox"/> 街頭の看板広告 | <input type="checkbox"/> 雑誌の広告 |
| <input type="checkbox"/> インターネット | <input type="checkbox"/> 知人(| | 様)の薦めで |
| <input type="checkbox"/> 通りすがりに見つけた | <input type="checkbox"/> 住宅地図 | | |
| <input type="checkbox"/> その他 (| | |) |
| <input type="checkbox"/> 家族が受診したことがある | <input type="checkbox"/> 以前から知っていた | | |

4. 薬に対して特別な考えがありますか。(はい ・ いいえ)

- できるだけ飲み薬は服用したくない。
- 飲み薬に抵抗はないが、服用期間をできるだけ短くしたい。
- 症状がよくなるのなら漢方薬も服用したい。
- 薬に対するアレルギーがあるため、いろいろな薬が心配になる。
- その他 ()

5. 薬に対する制約はありますか。(はい ・ いいえ)

- 錠剤はうまく服用できない。 カプセルは服用できない。
- 散剤はうまく服用できない。 漢方薬は服用できない。
- その他 ()

6. てんかん・ひきつけ・熱性けいれんの既往はありますか。(はい ・ いいえ)

才の頃に てんかん ・ ひきつけ ・ 熱性けいれん あり。

7. 体重 40 kg未満の方だけお答えください。

体重 kg

8. 女性の方だけお答え下さい。

現在、妊娠されていますか (妊娠 カ月 ・ いいえ ・ わからない)

現在、授乳されていますか (はい ・ いいえ)

9. 当院では保険診療の他に自由診療(保険対象外)を行っています。

興味のあるものにレ点を記入してください。

- | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 脱毛 | <input type="checkbox"/> シミ | <input type="checkbox"/> シワ | <input type="checkbox"/> 肝斑 | <input type="checkbox"/> たるみ |
| <input type="checkbox"/> 赤ら顔 | <input type="checkbox"/> にきび | <input type="checkbox"/> にきび痕 | <input type="checkbox"/> 毛穴 | |
| <input type="checkbox"/> ピアス | <input type="checkbox"/> 疲労 | | | |

とりい皮膚科クリニック