

皮膚科問診票

受診日 平成 年 月 日

フリガナ			
氏名			性別 男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年 月	日 生まれ 歳
ご住所	〒 -		
電話番号	自宅電話番号		
	携帯電話		

1. 当院へは何を見て来院されましたか。

通りがかり ホームページ 検索サイト 看板 チラシ Facebook
その他 ()

2. 当院を選ばれた理由は。

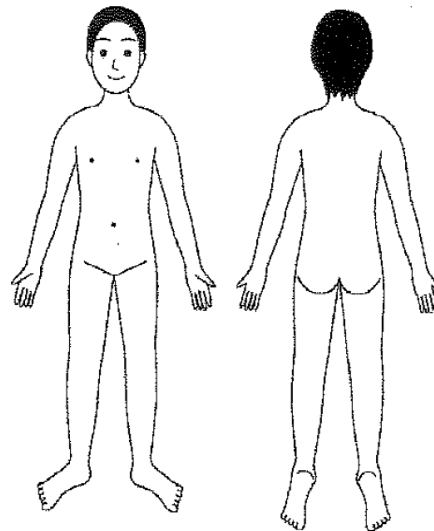
自宅が近い 勤務先が近い かかりたい診療科がある
家族知人の紹介 その他 ()

もし自宅や職場で来院しないで診察を受けることができるとしたら受けてみたいですか？

・是非受けてみたい ・受けてみたい ・あまり受けたくない ・受けたくない

4. スマートフォンのテレビ通話、画面越しで診察することに抵抗はありますか？

・全然抵抗がない ・抵抗がない ・少し抵抗がある ・抵抗がある



4. 本日の症状についてお聞きします。

右の図に症状のあるところに○をつけてください。

・いつ頃からですか () から)

・どのような症状ですか

かゆい 痛い ぶつぶつ かさかさ 赤い

水ぶくれ やけど 水虫 ニキビ いぼ

たこ/魚の目 じんましん アトピー

その他 ()

・思いわたる原因は何ですか

薬 食べ物 化粧品 虫に刺された 特に原因なし

その他 ()

5. この症状で現在あるいは過去に治療を受けたことが (ある ・ ない)

「はい」の方 … 医療機関名 ())

病名 ()

6. これまでにかかった病気、または現在治療中の病気に○をつけてください。

高血圧 糖尿病 喘息 医潰瘍 心臓病 腎臓病 肝臓病 リマウチ

痛風 脳梗塞/脳卒中 前立腺肥大 がん/腫瘍 甲状腺の病気 緑内障

心療内科 (うつ 不安神経症など) その他 ())

医療機関名 ()

7. 現在、何かお薬を飲んでいますか。 (はい ・ いいえ)

「はい」の方 … 医療機関名 ())

病名 ()

8. 今までお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 … お薬手帳をご用意ください。

お持ちでない方 (お薬の名前)

9. 女性の方にお尋ねします。

妊娠中ですか (はい 【 週 】 ・ いいえ)

授乳中ですか (はい ・ いいえ)