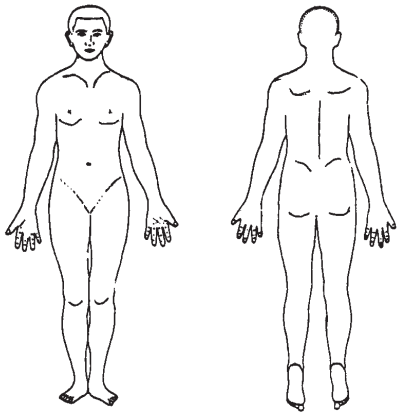
問　　診　　票

受付日　　年　　月　　日　　**潤 皮ふ科**

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　才）		体重	kg
氏　名	様						
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. どちらの医師の診察を希望されますか？
   □どちらでもよい　□男性医師　□女性医師　□院長　□副院長
2. 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
   □（　　）週間前から
   □（　　）ケ月前から
   □（　　）年前から
   □その他
   （　　）
   ●部位はどこですか？
   □あたま　□かお　□首
   □胸　□腹　□背中
   □陰部　□臀部　□手　□足
   □うで　□太もも　□すね
   □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（　　）
3. 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。
   （　　）
4. 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
5. 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（　　）
6. ケロイド体質（傷をしたところにお肉が盛り上がってくる体質）と言われたことはありますか？
   □いいえ　□はい
7. 女性の方のみお答えください。
   妊娠中ですか
   □いいえ　□はい　□可能性あり
   授乳中ですか
   □いいえ　□はい
8. 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（　　）
9. 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：
10. どのようにして当クリニックをお知りになりましたか？
   ・ご家族　・知人の紹介（ご紹介者名：　　）
   ・他院からの紹介（病院名または医師名：　　）
   ・ホームページ　・インターネットで検索→（Google　yahoo　E PARK　他　　）
   ・チラシを見て　・駅看板を見て　・案内看板を見て　・その他（　　）