

まる皮ふ科クリニック 問診表

年 月 日

中学生以下の方⇒体重 Kg

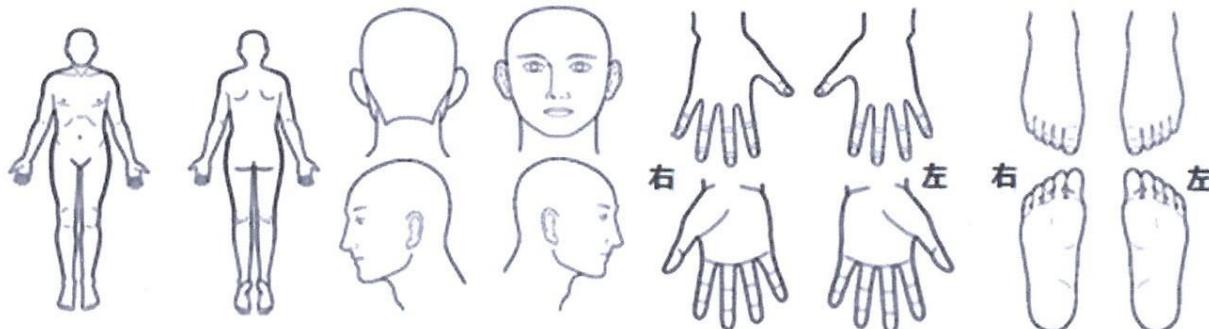
ふりがな		生年月日 (T・S・H・R)	年齢	性別
お名前		年 月 日	歳	男・女
ご住所	〒			
電話番号		携帯番号		

1, いつから どんな症状がありますか? ⇒いつからですか? () から

症状: ぶつぶつ、かさかさ、赤み、水ぶくれ、やけど、にきび、できもの、いぼ

: 脱毛、かゆみ、いたみ その他 ()

部位: 下図にしるしをつけてください



上記の症状について、治療したことがありますか? (ある ・ ない)

・ 別の病院で治療を受けたことがある ⇒ 病院名 ()

そちらの病院では、何と言われましたか? ()

処方された薬が分かれば書いてください ⇒ ()

・ 市販の薬を使った ⇒ 薬の名前 ()

2, 現在、他に治療中の病気はありますか? (はい ・ いいえ)

縁内障 糖尿病 前立腺肥大 (男性のみ)

上記以外 病名 () 病院名 ()

3, 現在の飲まれているお薬はありますか? (はい ・ いいえ)

薬の名前 ()

4, これまで、大きな病気をされたことがありますか? (はい ・ いいえ)

病名 () いつですか ()

5, 今までに薬や注射などで、異常があったことはありますか? (はい ・ いいえ)

薬や注射の名前 ()

6, アレルギーはありますか? (はい ・ いいえ)

花粉症 ぜんそく 鼻炎 アトピー性皮膚炎 食物 その他 ()

7, 女性の方にお伺いします

現在妊娠中ですか? (はい ・ いいえ) ⇒ 「はい」の方 現在 () 週目

現在授乳中ですか? (はい ・ いいえ)