

さくら皮フ科 問診票

年 月 日

診察を受けられる前にご記入ください。(可能な範囲でよいです)

フリガナ ()
お名前 () 年齢()才 男・女 既婚・未婚

ご職業() 体重()kg 体温()度

ご住所 (〒 -)

お電話番号 ()

1. 診察を受ける病気について

・いつから?()年()月()日()時頃
() (分前・時間前・日前・カ月前・年前)

・体のどこが?(右図に印を)

・どんな症状?

かゆい、いたい、その他()

・原因は?(ある・ない・不明)
()

・他の病院で治療をしましたか?

・はい()病院

病名はなんと言われましたか?

()

治療内容は?

塗り薬()

飲み薬()

・いいえ

・家族で同じ症状の方はいる?(いる・いない)
(周囲)

2. 今までにかかった病気は?(ある・ない)

・アトピー性皮膚炎 じんましん 花粉症(春のみ その他)ぜんそく

・糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓 肝 腎 肺 胃腸 精神神経 がん 膠原病

・その他()

3. 現在、皮フ科以外の薬を飲んでいる?(健康食品も含め)

・はい()

・いいえ

4. 今までに薬の副作用、アレルギーはありましたか?

・ある()、重症でしたか?(はい・いいえ)

・いいえ

5. 便秘はありますか?(ある・ない)

6. 妊娠の予定は?(ある・ない)

7. 病気や治療についてのご相談がありましたら、ご自由にお書きください。

