

わたなべ皮膚クリニック 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日
お名前	男・女	西暦・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
ご住所	〒	
電話番号	— —	15歳以下の方は体重をご記入下さい kg
携帯番号	— —	

① どのような事で来院されましたか？

★ 本日の受診目的に○をつけてください

湿疹 アトピー性皮膚炎 乾燥肌 かぶれ やけど
 水虫 たこ うおのめ じんましん 虫刺され 巻き爪
 ほくろ いぼ 水いぼ できもの 皮膚がんの疑い

ニキビ・ニキビあと シミ シワ 肝斑 そばかす
 その他 ()

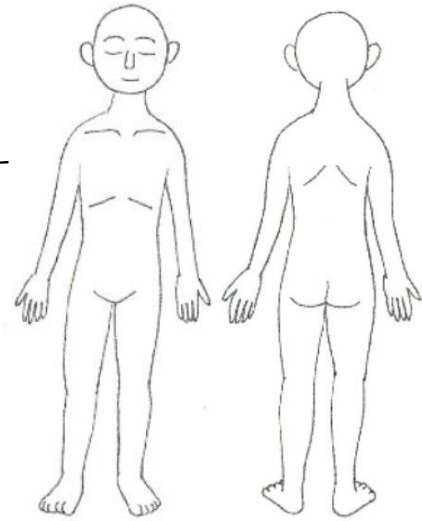
★ どの部位ですか(診察を希望される場所を○で囲んでください)

★ いつごろから

さっき(時頃)・今朝・昨日・()日前
()週前・()ヵ月前・()年前

★ それについて今までどこかで治療されましたか？

はい {具体的に(治療薬など) }
いいえ



② アレルギーはありますか？

★ 食物アレルギー

無・有 { 卵・牛乳・小麦・その他 () }

★ 薬(飲み薬、注射、塗り薬)アレルギー

無・有 { 抗生物質・かぜ薬・痛み止め・その他 () }
薬品名がわかれば書いてください ()

★ テープかぶれはありますか？ 無・有

③ 今までかかった病気を教えてください

④ 現在使っている薬はありますか？ お薬手帳があればご提示ください

無・有 (薬剤名:)

⑤ 車・バイクの運転、高所などの危険作業をしますか？

(運転・危険作業)を 毎日 たまに(週 回程度) しない

⑥ 女性の方にお伺いします。現在、妊娠・授乳中ですか？

妊娠していない 妊娠の可能性がある 妊娠中 (週) 近々妊娠希望 授乳中

⑦ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

ご家族・ご友人 ホームページを見て 当院の看板をみて 近いから その他()