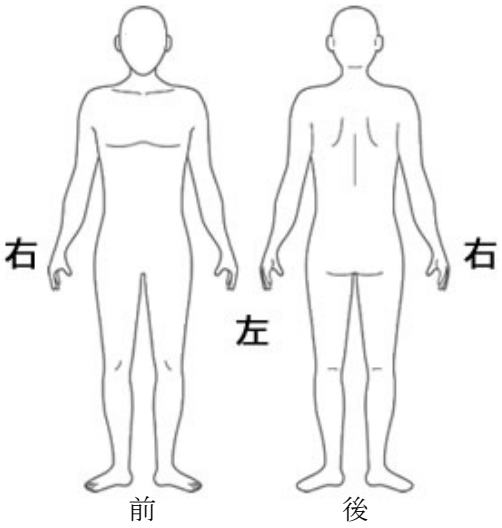
つつじ皮膚科クリニック 問診票

クリニック記載欄

ID		性別	
氏名		年齢	

症状のある部位に〇をつけてください。



1. 本日のご相談内容について、該当する症状に✔をつけて下さい。

   □かゆみ　□痛み　□ぶつぶつ　□がさがさ　□できもの

   □蕁麻疹　□熱傷　□ほくろ　□怪我　□髪の毛が抜ける

   □ピアス　□しみ　□あざ　□その他（　　）

2. その症状はいつからですか？

   （　　）

3. 【怪我や熱傷で来院された方へ】仕事中または通勤途中の受傷ですか？　□いいえ　□はい

4. 1 に関することで、他の病院を受診しましたか？

   □いいえ　□はい（病院名：　　）　※お薬手帳があればご提示下さい（下行省略可）

   投薬：□なし　□あり：（使用している薬の内容：　　）

5. 現在治療中のご病気や、過去に治療を受けたことがあるご病気はありますか？

   □いいえ　□はい（□肝疾患　□腎疾患　□糖尿病　□脳梗塞　□喘息　□緑内障　□甲状腺疾患　□がん ）

   （□その他：　　）

6. 過去に薬や食べ物などでアレルギー症状を起こしたことがありますか？

   □いいえ　□はい（詳細：　　）

7. 【女性の方へ】現在、妊娠をしていますか？　□いいえ　□はい（何ヶ月：　　）

8. 【女性の方へ】現在、授乳中ですか？　□いいえ　□はい

9. 【15 歳以下のお子様へ】体重を記入してください（　　kg）

10. 当院を何でお知りになりましたか？　何故当院に来院しようと思いましたか？（複数回答可）

    □インターネットのホームページ　□病院検索サイト　□家族・知人の紹介　□口コミ　□近所　□電柱看板

    □その他（　　）

記入後は、受付にお出しください。ご協力ありがとうございました。

つつじ皮膚科クリニック