

問診表

※発熱や全身の発疹など具合の悪い方は、受付までお知らせ下さい。

受診日	平成 年 月 日		
ふりがな			
氏名			
性別	男・女		
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 () 歳		
住所	〒		
電話番号	自宅 ()	携帯 ()	
体重	kg	職業	

1. 皮膚の症状は、今どの場所にありますか？（左図に示して下さい。）

右 左 左 右

2. 症状はいつ頃からありますか？

() から

3. かゆみはありますか？

すごくかゆい・かゆい・少しかゆい・かゆくない

4.他にどのような症状がありますか？

()

5. 原因として思い当たることはありますか？（なるべく詳しくお書き下さい）

はい ⇒ ()

いいえ

6. 何か治療をしましたか？（市販薬を含む）

はい ⇒ () ・ いいえ

7. 今までに薬や食物でアレルギー症状が出たことはありますか？

はい ⇒ () ・ いいえ

8. 風邪薬やアレルギーの薬などで眠くなったことはありますか？

はい ⇒ () ・ いいえ

9. 車やバイクなど運転されますか？

毎日運転する・ときどき運転する・運転しない

10. 今、持病がありますか？あるいは、今までに何か大きな病気をしましたか？

はい ⇒ アトピー性皮膚炎・気管支喘息・花粉症・緑内障・前立腺肥大症・高血圧・糖尿病・胃潰瘍

その他 () ・ いいえ

11. 今、何か薬を飲んでいますか？（市販薬を含む）

※薬手帳・薬の説明文・薬などをお持ちであれば受付へご提出ください。

はい ⇒ () ・ いいえ

12. 当院は何で知りましたか？

通りがかり・看板・折込チラシ・ホームページ・インターネット・ポスティング・知人や友人からの紹介

その他 ()

10. 女性の方へ

現在、妊娠中ですか？ または、妊娠の可能性ありますか？

はい ⇒ 現在 () 週目 ・ いいえ

現在、授乳中ですか？

はい ・ いいえ

