

年 月 日

ながね泌尿器科皮膚科クリニック

体温: 度

ID: _____

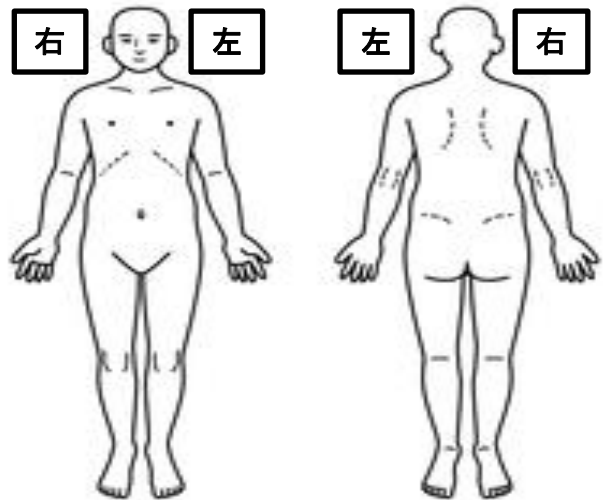
皮膚科問診票

フリガナ				性別	男・女		
氏名	様						
生年月日	明大昭平令	年	月	日	歳	体重	Kg
住所	〒			携帯☎			
				自宅☎			

①どのような症状で来院されましたか？ ☑をつけてください

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> かゆい | <input type="checkbox"/> 赤い |
| <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> 腫れている |
| <input type="checkbox"/> にきび | <input type="checkbox"/> 水虫 |
| <input type="checkbox"/> いぼ | <input type="checkbox"/> 水ぶくれ |
| <input type="checkbox"/> できもの・しこり | <input type="checkbox"/> たこ・ウオノメ |
| <input type="checkbox"/> じん麻疹 | <input type="checkbox"/> 虫刺され |
| <input type="checkbox"/> やけど(工作中・その他) | <input type="checkbox"/> AGA |
| <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> ケガ(工作中・その他) |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

右図に○をつけてください →



②いつ頃からお困りですか？ ()

③現在治療中の病気はありますか？

なし・脳梗塞・糖尿病・脊椎疾患・慢性腎臓病・高血圧・心臓病・緑内障・悪性疾患
その他()

④既往歴、入院歴、手術歴はありますか？ ある・なし

()

⑤現在内服中の薬はありますか？ ある・なし (お薬手帳をご提示ください)

()

⑥薬、食物でアレルギー・副作用はありますか？ ある・なし

()

⑦(女性の方のみ)現在妊娠している可能性はありますか？ はい・いいえ・わからない

⑧当クリニックをお知りになったのは？

建物・パンフレット・インターネット・知人紹介・他院(医師)紹介・他()

ご記入が済みましたら、受付にお出しください。ご協力ありがとうございました。