

皮膚科 問診票

お名前(_____)

① どうされましたか? (_____)

② いつからですか? (_____)

③ 今の症状で病名を言われたことはありますか?

はい 病名 (_____) ・ いいえ

④ 何か薬は使っていましたか?または、今も使っていますか?

はい 薬剤名 [_____] ・ いいえ

⑤ 骨が痛むところがありますか?

はい 部位 (_____) ・ いいえ

⑥ 便秘はしますか? はい ・ いいえ

⑦ 下痢はしますか? はい ・ いいえ

⑧ タバコは吸いますか?

はい 1日 本 ・ いいえ

⑨ アレルギーはありますか?

はい (食べ物 ・ 動物 ・ 薬 ・ ダニ ・ ホコリ ・ 花粉症 ・
アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎 ・ その他)

いいえ

⑩ 他院に通院中ですか?

はい 病名 (_____) 、 いいえ

服用中の薬 [_____]

⑪ 当院を知ったきっかけはなんですか?

家族 () 友人・知人 () 電話帳 () 新聞・雑誌 ()
看板 () 当院の前を歩いて () インターネット ()
他院で当院の医師にかかったことがある () その他 ()

⑫ その他何かありましたらご自由にお書きください。

★あてはまる場合、○で囲んでください。

・要介護被保険者(要介護、要支援) ・難病指定手帳取得者

[_____]

岩橋クリニック