

# 皮膚科 問診票

医療法人社団彦星会 岩橋クリニック

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 ( ) 当院の前を通過して ( ) 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

( ) お名前 ( )