問　診　票

受付日　　年　　月　　日　　あさくら皮フ科クリニック

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平　年　月　日（　才）	体重　kg
氏　名	様				
住　所	〒　－			職業	
電　話	（　）　－		携　帯	（　）　－	
治療についてのご希望を教えてください □保険診療のみ希望　□保険診療、自費診療とも希望　□自費診療のみ希望　□わからない					

下記のご質問にお答えください。（チェックを入れてください）

1．今日はどのような症状で受診されましたか？

●いつ頃からですか？　□（　）日前から　□（　）週間前から　□（　）ケ月前から
□（　）年前から　□その他（　）

●部位はどこですか？（　）

●どのような症状ですか？

□かゆみ　□痛み　□赤み　□腫れ　□乾燥　□しこり　□やけど　□ほくろ　□しみ
□その他（　）

2．この症状に対し病院を受診したことがありますか？

□いいえ
□はい　→　いつ頃ですか？（　）
どのような治療をされましたか？検査や治療内容、使用した薬の内容をご記入してください。
（　）

3．今までに下記の病気にかかったことはありますか？

□喘息　□高血圧　□高脂血症　□心臓病　□肝臓病　□腎臓病　□花粉症
□糖尿病　□前立腺肥大　□緑内障　□その他（　）

4．今までに大きな病気やけが、入院したことがありますか？

□いいえ
□はい　→　いつ頃、病名（　）

5．現在治療中の病気はありますか？

□いいえ
□はい　→　病名（　）

6．現在使用している薬があればご記入してください。

内服中のお薬：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

7．アレルギーはありますか？

□いいえ
□はい　→□花粉　□金属　□ラテックス　□食べ物（　）　□薬（　）
□その他（　）

8．女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか　　授乳中ですか
□いいえ　□はい　□可能性あり　　□いいえ　□はい

9．喫煙、飲酒はされますか？

・たばこ　□喫煙している（　本/日、　歳から）　□喫煙していた　□喫煙したことがない
・アルコール　□飲む（種類：　、量：　/日、頻度：　日/週・機会があれば）　□飲まない

10．どのようにして当クリニックをお知りになりましたか？

・ご家族　・知人の紹介（ご紹介者名：　）
・他院からの紹介（病医院名または医師名：　）
・ホームページ　・インターネットで検索→（Google　yahoo　他　）
・チラシを見て　・タウンページ　・その他（　）