

問診票

記入日	平成 年 月 日	電話番号	— —
ご住所			
フリガナ	性別 男 ・ 女	年齢	歳
お名前	生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日	

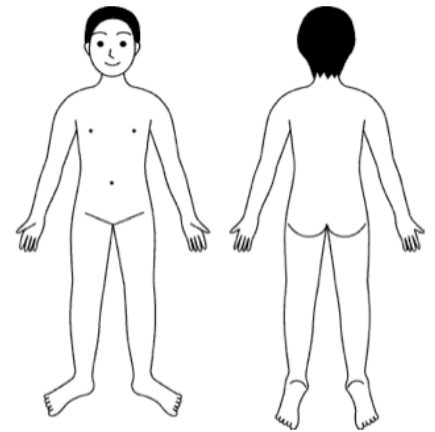
1. いつからどんな症状がありますか？

a) いつから : (年、 カ月、 週、 日) 前から 下の図に○をつけて下さい。

b) 症状 : かゆい・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・できもの・にきび
その他 ()

c) 上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか (はい ・ いいえ)

※「はい」の場合: 受けたことのある方は、これまでに使用した薬を分かる範囲内でご記入下さい
(使用したことのある薬:)



2. 現在、他に治療中の病気はありますか

(はい ・ いいえ) 病名 ()

3. 今までに、どんな病気にかかったり、治療をうけたりしたことがありますか

1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎 (花粉症) 3. 喘息 4. 糖尿病 5. 心臓病 6. 高血圧 7. 胃潰瘍 8. 肝疾患 9. 腎疾患 10. 膠原病 11. 前立腺肥大 12. 緑内障 13. 輸血 14. 手術 ()
15. その他 ()

4. 家族の方にアレルギー疾患はありますか

1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎 (花粉症) 3. 喘息 4. その他 ()

5. 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか

(ある ・ ない) 薬、食べ物の名前 ()

6. <女性の方に>現在、妊娠中ですか？またその可能性はありますか？

1. 現在妊娠している (ケ月) 2. 可能性あり 3. 可能性なし

7. どのようにして里仁皮膚科をお知りになりましたか？

・ご家族 ・知人の紹介(ご紹介者名) ・タウンページ ・ホームページ ・ネット検索
・その他 ()



ご記入ありがとうございました。診察までお待ちください。