

こすぎ皮膚科 問診票

受付			診察券				
----	--	--	-----	--	--	--	--

※発熱や全身の発疹など具合の悪い方は、受付までお知らせ下さい。

受診日	平成 年 月 日		
ふりがな			
氏名			性別 男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)		
住所	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	
体重	kg	職業	

- 皮膚の症状は、今どの場所にありますか？(右図に示して下さい。)
- 症状はいつ頃からありますか？() から
- どのような症状がありますか？
()
- 原因として思い当たることはありますか？(なるべく詳しくお書き下さい)
はい ⇒ () ・いいえ
- 以前に同じような症状はありましたか？
はい ⇒ それはいつ頃ですか？()
いいえ
- 何か治療をしましたか？(市販薬含む)
※薬手帳・薬の説明文・薬などをお持ちであれば受付へご提出ください。
はい ⇒ () ・いいえ
- 今までに薬や食物でアレルギー症状が出たことはありますか？
はい ⇒ () ・いいえ
- 風邪薬やアレルギーの薬などで眠くなったことはありますか？
とても眠くなる・少し眠くなる・全く眠くならない・わからない
- 車やバイクなど運転されますか？
毎日運転する・時々運転する・運転しない
- 今、持病がありますか？ あるいは、今までに何か大きな病気をしましたか？
はい ⇒ アトピー性皮膚炎・気管支喘息・花粉症・緑内障・前立腺肥大症・高血圧・糖尿病・胃潰瘍
その他 () ・いいえ
- 今、何か薬を飲んでいますか？(市販薬含む)
※薬手帳・薬の説明文・薬などをお持ちであれば受付へご提出ください。
はい ⇒ () ・いいえ
- ご両親・ご兄弟は、病気をお持ちですか？
はい ⇒ それはどなたですか？() アトピー性皮膚炎・気管支喘息・花粉症・その他 ()
いいえ
- 当院を何で知りましたか？
通りがかり・看板・ホームページ・インターネット・電話帳・その他 () ・ご紹介 () 様
- 女性の方へ
現在、妊娠中ですか？ または、妊娠の可能性はありますか？
はい ⇒ 現在 () 週目・いいえ
現在、授乳中ですか？
はい・いいえ

