

初診用

栄町皮膚科クリニック

問診票

ふりがな _____ 生年月日 昭・平・令 年 月 日 (才)

お名前 _____ 女・男

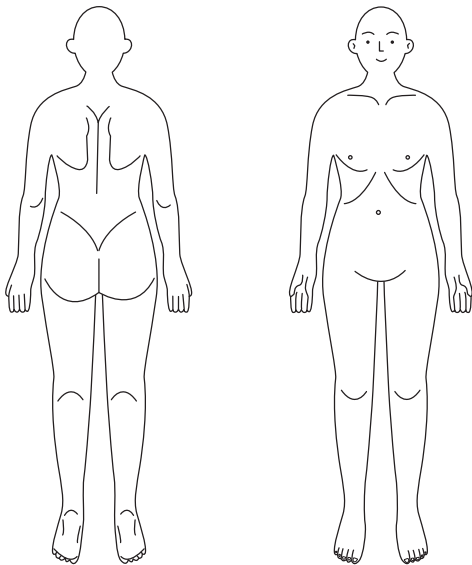
〒

ご住所 _____ ※15歳以下の方は体重 Kg

自宅/TEL () - 携帯 () - ご職業

- 紹介状をお持ちの方は受付に出して下さい。
- 麻疹(はしか)・水ぼうそうなどの疑いのある方は受付までお伝えください。

1. 本日はどのような症状(ご相談)で来院されましたか?



症状(ご相談)のある部位を○で囲んでください。

- どのような症状(ご相談)ですか?
かゆい・痛い・はれている・カサカサ
できものがある
その他()

●いつからですか?
_____ 頃から

※水虫(カサカサ・皮むけ) あり・なし
【水虫の方は事前に検査が必要です。ご記入ください】

2. 今回の症状で他の病院へかかっていますか? (薬の名前)
いいえ・はい(病院名)

3.他に治療中の病気はありますか? (薬の名前)
いいえ・はい(病名)

※お薬手帳をお持ちでしたら看護師へ見せて下さい。

4.薬のアレルギーはありますか? いいえ・はい(薬の名前) _____

5.感染症(血液等)はありますか? いいえ・わからない・はい(病名) _____

6.女性の方へ 妊娠中ですか? いいえ・はい(月)

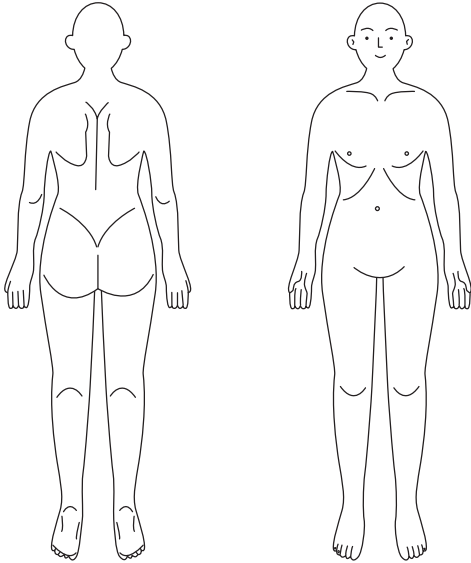
授乳中ですか? いいえ・はい(月)

再診用

栄町皮膚科クリニック 問診票

お名前

※前回と違う症状の方はご記入して下さい。



●本日はどうされましたか？

- ・かゆみ
- ・はれている
- ・やけど
- ・水虫
- ・その他
()
- ・痛み
- ・じんましん
- ・ニキビ

●いつからですか？

_____ 頃から

※水虫(カサカサ・皮むけ) あり ・ なし

【水虫の方は事前に検査が必要です。ご記入ください】