

# 初診用

## 栄町皮膚科クリニック

## 問診票

ふりがな \_\_\_\_\_ 生年月日 大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 才 )

お名前 \_\_\_\_\_ 女・男

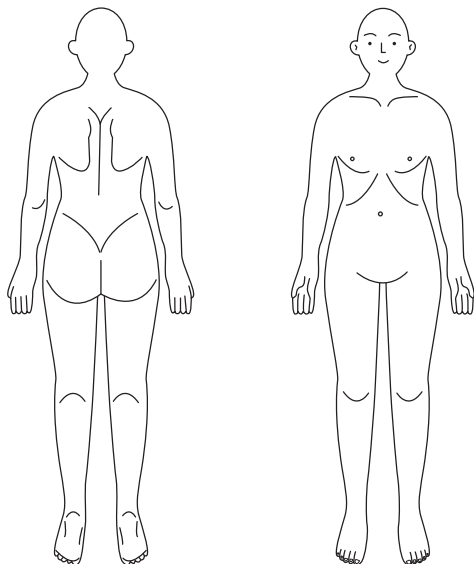
〒

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)

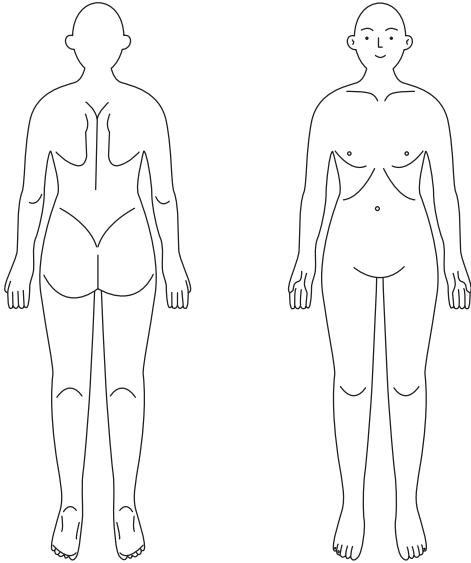
授乳中ですか? いいえ・はい( 月)

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】