

# 問 診 票

※水ぼうそう・疥癬(かいせん)等の疑いがある方は、必ず受付に申し出て下さい。

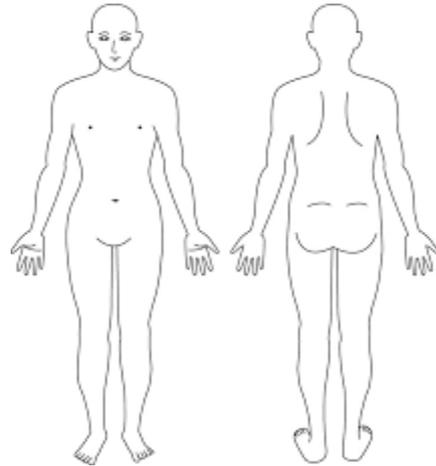
ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (満 歳)
お名前			電話番号	(自宅) (携帯)
ご住所	〒			

1. いつから症状がありますか？ \_\_\_\_\_

2. どこに？ → 部位に印をつけて下さい。

3. どのような症状で来院されましたか。  
以下のあてはまる症状に○をつけて下さい。

- ・かゆみ ・しっしん ・乾燥
- ・アトピー性皮膚炎 ・虫さされ
- ・じんましん ・にきび ・水虫 ・巻爪
- ・うおのめ、いぼ ・できもの ・傷、痛み
- ・やけど ・その他 \_\_\_\_\_
- ・アレルギー検査希望



4. その症状で治療を受けていますか？

- ・いいえ
- ・はい

治療薬 \_\_\_\_\_

5. アレルギーはありますか？（薬剤や食べ物など）

- ・いいえ
- ・はい \_\_\_\_\_

6. 現在治療中の病気はありますか？

- ・いいえ
- ・はい
- ・糖尿病 ・高血圧 ・肝臓疾患 ・ぜんそく ・緑内障 ・前立腺肥大
- ・その他 \_\_\_\_\_

7. 現在飲んでいるお薬があればご記入下さい。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

お薬手帳持参あり

8. 女性の方にお伺いします。

妊娠していますか（いいえ・はい） → 予定日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
授乳中ですか（いいえ・はい）

9. ハイドロキノン外用など保険外の治療について、  
効果が期待できる場合説明を希望 する・しない

10. 当クリニックをどちらでお知りになりましたか？○をつけてください。  
家族・知人から ネットから 看板広告 その他（ \_\_\_\_\_ ）



**りんどう皮ふ科**  
RINDO SKIN CLINIC