

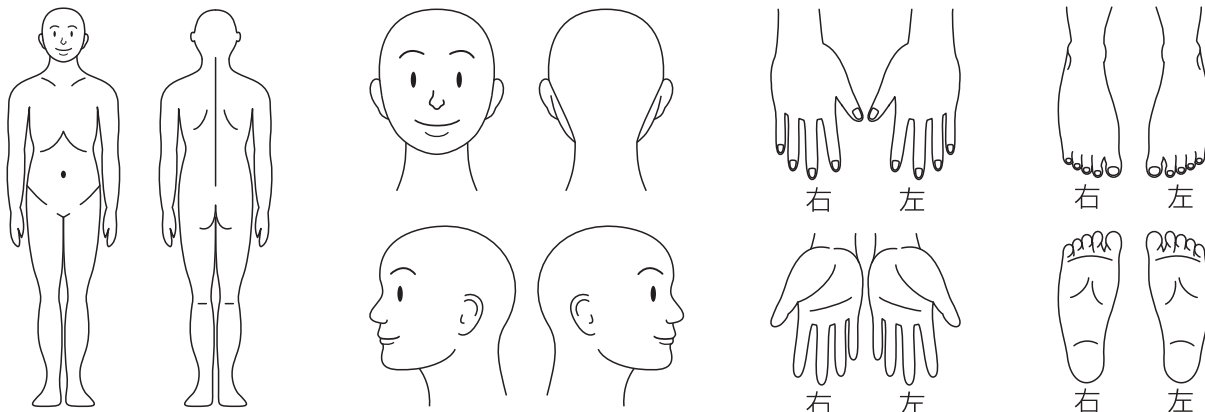
問診票 (診察申込書)

年 月 日

フリガナ			男	生年月日 明 昭		年	月	日	才
氏名			女	大 平					
住所	〒		電話 ()						
職業 (具体的に)		身長	cm	体重	kg	体温	℃		

当てはまる部分に○を付けたり、記入したりして下さい。

1. いつ頃から、(年、 カ月、 週、 日、 時間)前から
どの部位に、(下の図に印を付けて下さい。)



2. どんな症状がありますか?

かゆみ・かぶれ・皮膚が赤くなっている・かさかさ・痛い・腫れている・赤くはれて膿が貯まっている・ニキビ・シミ(美肌治療)・イボ(水いぼ)・ホクロ・皮膚腫瘍(できもの)・湿疹・アトピー・じんましん・飛び火・しもやけ・やけど・水虫・爪周囲のトラブル・巻き爪・切り傷・すり傷・打撲傷・アレルギー検査希望・パッチテスト希望・AGA(男性型脱毛症)・脱毛希望・ヘルペス(口内炎)・ふけ・シラミ・虫さされ・多汗症・ピアス希望・乳腺の検査・血圧・胃の症状・肝臓・糖尿病・高脂血症・不眠症・カゼ・頭痛・めまい・尿の症状・痔・その他()

3. 上記の原因として思い当たることはありますか?(薬・食べ物・化粧品・仕事・どこかに出かけた・外傷など)
()

4. 上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか? (ある・ない)
病名() 病院名() 治療法()

5. 現在、常用している薬はありますか?(ある・ない)※お薬手帳をお持ちの場合はお出し下さい。
薬の名前()

6. 薬や食べ物でアレルギーや気分が悪くなったことはありますか?(ある・ない)
薬や食べ物の名前()

7. 既往歴(アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎(花粉症)・喘息・糖尿病・心臓病・高血圧・高脂血症・胃潰瘍・肝疾患・腎疾患・膠原病・前立腺肥大症・緑内障・手術()・その他()
タバコ(本/日) アルコール(/日) 卵アレルギー(ある・ない)

【女性の方に】 妊娠(している(カ月)・可能性がある・していない・授乳中)

上記疾患の中で院長が予約なしで診察するもの(外傷・やけど・AGA・水虫・イボ・ホクロ・皮膚腫瘍など)もありますが、
その場合でも特に皮膚科の女医の診察を(希望する・こだわらない)
その他特に希望があればお書き下さい()