

【 問 診 票 】

令和 4年 月 日

フリガナ _____

氏 名 _____ 男・女 生年月日 T・S・H・R _____ 年 月 日 才

住 所 〒 _____ 電話 _____

1. 今日どのような症状でおかかりですか

()

2. どの場所にどのようなものができていますか？

()

3. いつごろからできていますか？

()

4. 何かところあたりはありますか？

()

5. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

()

6. 妊娠の可能性はありますか？ ある (妊娠 月) ・ ない

7. 今までかかった病気・治療中の病気はありますか？ (感染症・HIV など)

()

8. 他の科や他の病院でもらっている薬や市販の薬はありますか？

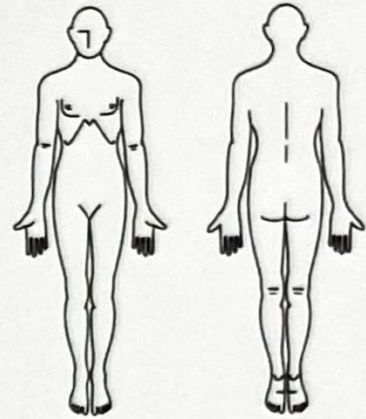
()

9. 特に聞きたいこと、心配なことはありますか？

()

10. 当院皮膚科を何でお知りになりましたか？

- 他医院からの紹介 (クリニック:)
- 友人、知人から聞いた
- インターネット (Yahoo、Google、その他)
- 電柱広告 駅看板 その他 ()



症状のある場所に○をしてください。