

さかい皮フ科クリニック 問診票

フリガナ		生年月日	体重
お名前		・明治 ・大正 ・昭和 ・平成 年 月 日 (歳)	() kg
ご住所	〒	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> 携帯番号	

① 今日は、どんな症状がありますか？

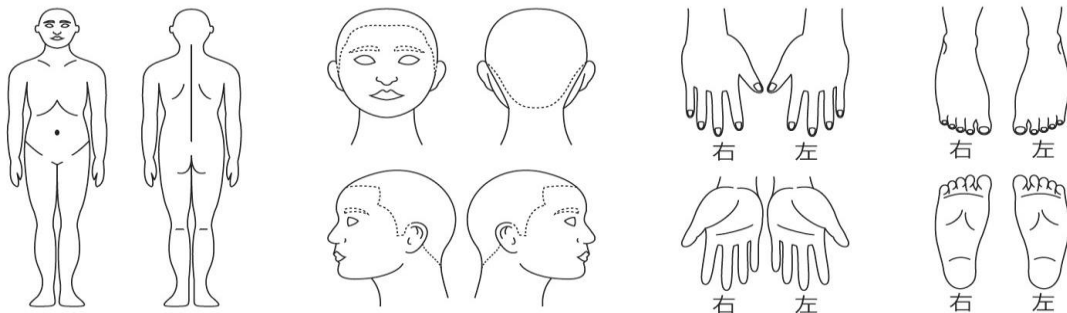
a) いつから: さっき ・ 今朝 ・ 昨日 ・ () 日前 ・ () 週間前 ・ () カ月前 ・ () 年前

b) 症状: 痛み・かゆい・できもの・湿疹 など
※具体的に記載してください。

当院では、アレルギー血液検査を実施していますが、ご希望されますか？(12歳以上の方)

いいえ はい (受けてみたい 興味がある 検討する)

c) 症状のある部位に○印をつけてください。



e) 上記の症状に関して、現在または以前に受けられた治療や使用していた薬があれば教えてください。
ない ある(治療内容・薬品名:)

② ①以外で、現在治療中の病気や服用中・外用中の薬(市販薬も含む)はありますか？

いいえ はい(病名・治療内容・薬品名:)

③ お薬手帳はお持ちですか？

いいえ はい (※おくすり手帳を持参されている方は診察時にご提出ください。)

④ 今までに大きな病気になったことや、手術を受けられたことはありますか？

いいえ はい(病名:)

⑤ 薬や注射でかゆみなどのアレルギー反応が出たことはありますか？

いいえ はい(薬品名:)

⑥ 【女性の方へ】現在、妊娠中・妊娠の可能性ある・授乳中ですか？

いいえ はい

⑦ ご来院のきっかけを教えてください

- | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ご家族やご親族のご紹介 | <input type="checkbox"/> 知人やご友人の紹介 | <input type="checkbox"/> 病院や診療所からのご紹介 |
| <input type="checkbox"/> タウンページ | <input type="checkbox"/> ポータルサイト⇒サイト名() | |
| <input type="checkbox"/> 当院ホームページ | <input type="checkbox"/> ブログ | <input type="checkbox"/> フェイスブック |
| <input type="checkbox"/> タウンページ | <input type="checkbox"/> 看板⇒どちらの看板ですか() | |
| <input type="checkbox"/> クリニック前を通過して | <input type="checkbox"/> パンフレット | <input type="checkbox"/> 院内新聞 |
| <input type="checkbox"/> その他() | | |

※当院からの医療情報・検診案内をお届けするはがき、ダイレクトメールをお送りさせていただいて宜しいですか？

いいえ はい e-mailアドレス @