



皮膚科用 問診票

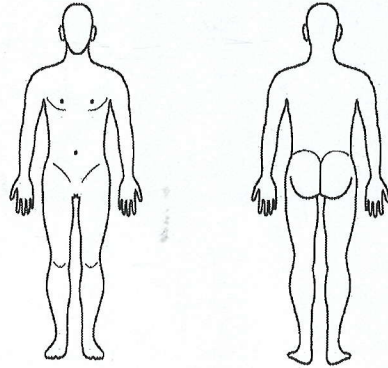
せせらぎクリニック Seseragi Clinic

※個人情報 は 当院 で 定め た 利用 目的 の 範囲 で 使用 し ます。

フリガナ		生年月日	大・昭・平	年	月	日	歳
お名前							
住所 〒	-						
電話番号()	-		携帯番号	- -			

体温: _____ 度 身長: _____ cm 体重: _____ kg

1. どのような症状ですか？(具体的にお聞かせください。)



2. その症状はいつ頃からですか？

3. 今まで何か病気にかかりましたか？

ない ・ ある …どんな病気ですか？

4. 今、飲んでいらっしゃるお薬はございますか？

ない ・ ある …どんなお薬ですか？ 具体的にお書きください(お薬手帳があれば提出ください)

5. その中で最近かわったお薬はありますか？

ない ・ ある …どんなお薬ですか？

6. アレルギーはありますか？

ない ・ ある …どんなアレルギーですか？

ご両親に喘息やアトピー性皮膚炎、じんましんはありますか？(小児患者さんのみ)

ない ・ ある …どんなアレルギーですか？

7. 環境(住所や仕事など)の変化はありませんか？

ない ・ ある …どのような変化ですか？

8. ペットを飼っていますか？

飼っている ・ 飼っていない …種類をご記入ください

9. お酒は飲まれますか？(成人患者さんのみ)

飲まない ・ 飲む(およそ一日 ビール 本 日本酒 合)

10. たばこはお吸いになりますか？(成人患者さんのみ)

吸わない ・ 吸う(一日 本 年間)