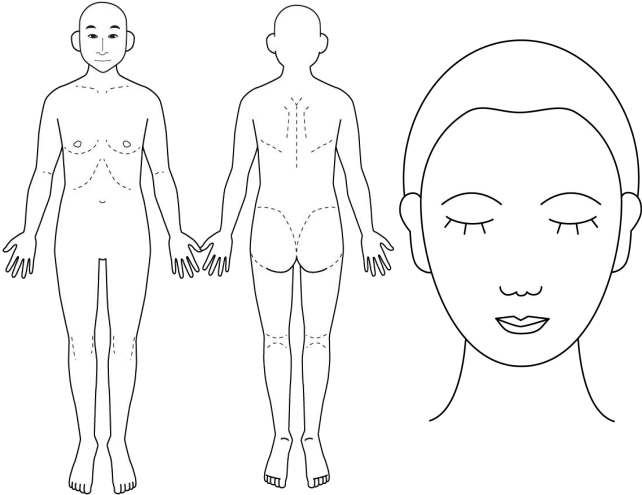


# 問診票（皮膚科）

受付日 年 月 日

フリガナ	男 ・ 女 ※女性：妊娠している可能性が ある・ない
氏名	（妊娠： 週目）（出産予定： 年 月頃） （授乳 している・していない）
職業	<input type="checkbox"/> 会社員(営業系) <input type="checkbox"/> 会社員(事務職) <input type="checkbox"/> 技術職 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> その他( )
問 1	<p>本日はどのようなご相談で来られましたか？下記該当するものを□にチェックをお入れください。</p> <p><input type="checkbox"/>かゆい  <input type="checkbox"/>痛い  <input type="checkbox"/>はれている  <input type="checkbox"/>赤み  <input type="checkbox"/>水疱ができています  <input type="checkbox"/>イボがある  <input type="checkbox"/>皮がむける  <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎  <input type="checkbox"/>ニキビ  <input type="checkbox"/>尋常性乾癬  <input type="checkbox"/>ホク口相談  <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <div style="text-align: center;"> <p>下記人体の絵に診てもらいたい部位を○で囲んで下さい。</p>  <p>症状の詳細 ( )</p> </div>
問 2	症状はいつ頃からありますか？ ( 年 月 日頃～・ か月前～・ 日前～)
問 3	薬や注射などのアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→薬品名等 ( )
問 4	今まで大きな病気をされたことはありますか？(病名： )
問 5	現在、常用しているお薬はありますか？(薬品名： ) ※お薬手帳などお持ちでしたら、診察時にお出し下さい。
問 6	<p>・今回の症状で思い当たる事がありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>食べ物 ・ <input type="checkbox"/>動物 ・ <input type="checkbox"/>疲労 ・ <input type="checkbox"/>ストレス ・ <input type="checkbox"/>植物 ・ <input type="checkbox"/>ダニ ・ <input type="checkbox"/>ホコリ  <input type="checkbox"/>その他 : ( )</p>
問 7	<p>・現在の症状とは別に、何か疾患をお持ちですか。</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧 ・ <input type="checkbox"/>糖尿病 ・ <input type="checkbox"/>高脂血症 ・ <input type="checkbox"/>不眠症 ・ <input type="checkbox"/>うつ病  <input type="checkbox"/>喘息 ・ <input type="checkbox"/>アレルギー性鼻炎 ・ <input type="checkbox"/>アレルギー性結膜炎 ・ <input type="checkbox"/>じんましん ・ <input type="checkbox"/>その他( )</p>
問 8	<p>・当院にいらっしゃる前に行った治療はありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>いない <input type="checkbox"/>はい (具体的に： )</p>
問 9	<p>・今回のことで他の医療機関を受診されたことはありますか。</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (医療機関名： )</p>
問 1 0	<p>・タバコは吸いますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (1日 本)</p>
問 1 1	<p>・アルコールは飲みますか</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (種類： 1日 杯・本)</p>
問 1 2	<p>アトピー性皮膚炎の方だけのご質問です。</p> <p>・ステロイドに抵抗がありますか？ <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>特にない          ・デュピクセントによる治療希望はありますか？ <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>特にない          ・その他治療の希望がありますか？ <input type="checkbox"/>ある(治療名： ) <input type="checkbox"/>特にない</p>
問 1 3	<p>今回の皮膚症状に関する当院のホームページや皮膚科のコラムをみてきましたか。</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(何についてのページでしたか？ )</p>

※当院でのお支払いは現金のみとなりますのでご了承下さい。記入終了後、お手数ですが受付へお渡しください。