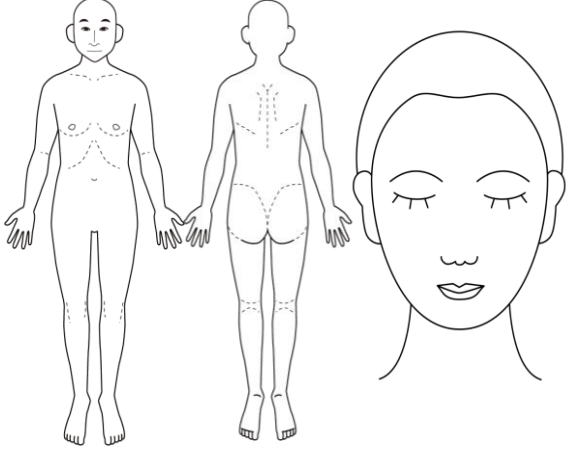


問診票（皮膚科）

受付日 年 月 日

フリガナ	年齢	男 ・ 女 ※女性：妊娠している可能性が ある・ない
氏名	歳	(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> <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"/> 水疱ができている <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"/> ホクロ相談 <input type="checkbox"/> その他 ()	<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>
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> <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 : ()	
問 7	<p>・現在の症状とは別に、何か疾患をお持ちですか。</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()	
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> <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> はい (具体的に：)	
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> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (医療機関名：)	
問 1 0	<p>・タバコは吸いますか？</p> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (1日 本)	
問 1 1	<p>・アルコールは飲みますか</p> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (種類： 1日 杯・本)	
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> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (何についてのページでしたか？)	

※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。