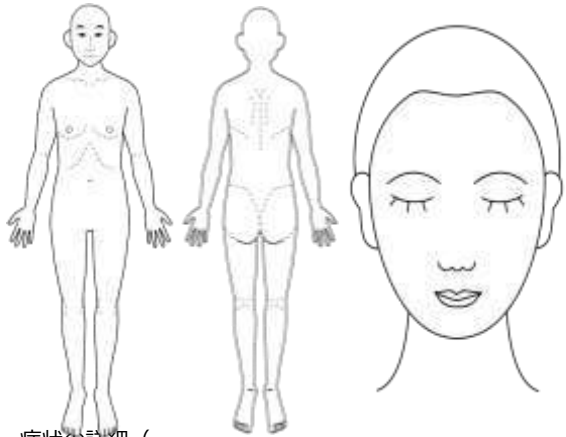


問診票（皮膚科）

受付日 年 月 日

フリガナ	男 ・ 女 ※女性：妊娠している可能性が 有る ・ ない (妊娠： 週目) (出産予定： 年 月頃) (授乳 している ・ していない)
氏名	
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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 50%;"> <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<input type="checkbox"/>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"/>ホク口相談 <input type="checkbox"/>その他()</p> </div> <div style="width: 45%;"> <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> <div style="text-align: center;">  </div> <p>症状の詳細()</p> </div> </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>

※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。