

こばやし皮ふケアクリニック 診療申込書・問診票

年 月 日

| | |
|--------------|---------------|
| ふりがな | |
| お名前 | 性別 (男・女) |
| 生年月日 明・大・昭・平 | 年 月 日 (歳) 職業 |
| 住所 (〒 -) | |
| 電話番号 () | 携帯電話番号 () |

■症状がでたのはいつからですか？ (年、 月、 日) ぐらい前から

■症状のある部位はどこですか？ 右側 左側 両側
 顔 頭 首 胸部 腹部 背部 陰部 体全体 全身
 上肢 (上腕・前腕) 手指 下肢 (大腿・下腿) 足趾 四肢全体 爪
 その他 (具体的に)

■どのような症状ですか？
 かゆい 痛い 湿疹 しこりがある できものがある ほくろが心配 ほくろ除去
 美容 その他 (具体的に)

■上記の症状で他の医療機関を受診したことがありますか？ あり なし
 医療機関名 () 処方薬 ()

■現在他の病気で医療機関を受診していますか？ あり なし
 糖尿病 高血圧 狭心症 心臓病 喘息 慢性呼吸器疾患 腎臓病 肝炎
 脳血管障害 緑内障 前立腺肥大 その他 ()
 内服している薬の名前 ()

■薬の副作用・アレルギーはありますか？ あり なし
 薬・注射、食べ物、その他 (具体的に)

■女性の方に質問します 現在妊娠していますか (可能性も含む)？ はい いいえ
 授乳をしていますか？ はい いいえ

■当院はどのようにして知りましたか？
 通りすがり インターネット 知人の紹介 仕事場・学校の近く 看板 (駅・薬局)
 紹介 (病院・クリニック ()・薬局 ()) その他 ()

ご協力ありがとうございました