

# 大通じんぼ皮膚科問診表

年 月 日

フリガナ

○お名前 \_\_\_\_\_

○〒 \_\_\_\_\_

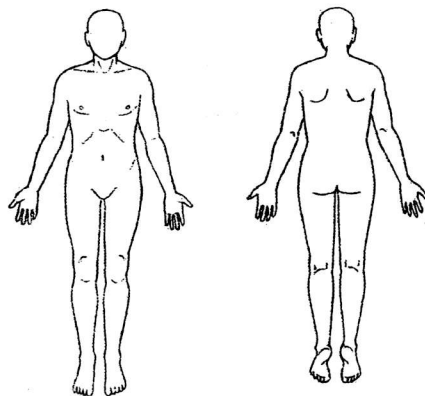
○住所 \_\_\_\_\_

○電話 ( ) - ○携帯 ( ) -

○生年月日 M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)

○身長 cm 体重 Kg

今日診察を受けたい所全てに○印をつけて、できたら困っている事を書いてください。



以下の質問に、わかる範囲でけっこうですので、お答え下さい。

○いつごろから出ましたか? \_\_\_\_\_ から

○かゆみはありますか? ( ある / ない )

○痛みはありますか? ( ある / ない )

○ここに来る前に、何か治療をしましたか? ( した / しない)

どこで ( 病院 薬局 自宅 )

薬の名前 ( )

○今まで薬を飲んで、異常がでたことがありますか?

( ある / ない ) ある方は薬の名前 \_\_\_\_\_

○現在妊娠していますか? ( はい いいえ )

○過去あるいは現在につぎの病気にかかったことがありますか?

気管支喘息 アレルギー性鼻炎 じんましん がん

○現在この病気以外で飲んでいるくすりがありますか?

ない

ある場合は病院名、病名、薬の名前を可能な限り全て書いてください

病院名 ( )

病名 ( )

薬 ( )

※ 裏にも質問がございます

○今まで大きな病気をされましたか? ( はい いいえ )

はいの方は病名と年齢をご記入ください

病名 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ 才

○ご家族の方のご病気についてお分かりいただける範囲でご記入ください

父方祖父	病名	_____	年齢	_____	才
父方祖母	病名	_____	年齢	_____	才
母方祖父	病名	_____	年齢	_____	才
母方祖母	病名	_____	年齢	_____	才
父親	病名	_____	年齢	_____	才
		_____	年齢	_____	才
母親	病名	_____	年齢	_____	才
		_____	年齢	_____	才
兄弟姉妹	病名	_____	年齢	_____	才
		_____	年齢	_____	才
		_____	年齢	_____	才
		_____	年齢	_____	才

○最後に、アンケートにお答えください。

当院をどちらでお知りになりましたか？（○をつけてください）

- ・家族から紹介されて
- ・知人から紹介されて
- ・新聞、広告を見て
- ・インターネットで
- ・地下鉄の看板をみて
- ・通りすがり
- ・その他

この用紙は受付に出してください。お答えいただいた内容について受付でお聞きすることがありますがご了承ください。

ご協力ありがとうございました。