

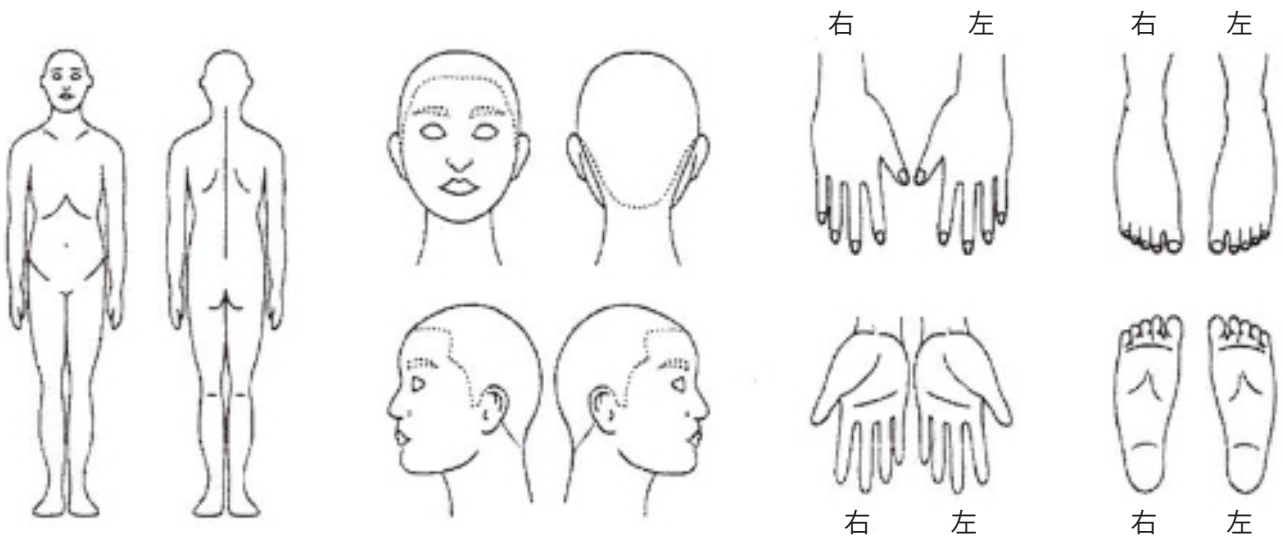
## 患者登録票・問診票【皮膚科】

フリガナ	
お名前	(      ) 歳
ご住所	〒
電話	(      )
体重	kg

・ こんにちは。今日はどのような症状がありますか？

症状： かゆい・痛い・水虫・いぼ・にきび・できもの・ほくろ・その他(      )

部位： \_\_\_\_\_ (もしくは下の図に印をつけてください)



・ それはいつごろからですか？ \_\_\_\_\_ ごろから

・ 高血圧、緑内障、前立腺肥大、心臓病、肝臓病、糖尿病、胃潰瘍、アトピー性皮膚炎、

・ 喘息、アレルギー性鼻炎などにかかったことがありますか？(○をお付けください)

・ 過去に手術を受けたことがありますか？(いつごろ どのような手術を受けられましたか？)

(無・有 \_\_\_\_\_ )

・ 現在使用中のお薬がありましたら書いてください。

お薬手帳、処方箋がありましたらお出しください。

(病院、医院名 \_\_\_\_\_ )

(お薬 \_\_\_\_\_ )

・ お薬で副作用が出たことがありますか？(無・有 \_\_\_\_\_ )

・ タバコは吸いますか？(吸わない・吸う \_\_\_\_\_ 本/日、 \_\_\_\_\_ 年間)(成人の方のみ)

・ 服用できるお薬の剤形を○×でご記入ください。錠剤(      )、粉(      )、シロップ(      )

・ 妊娠中(はい/ \_\_\_\_\_ 週・いいえ)

・ 授乳中(はい・いいえ)

・ その他(診療、治療に関するご希望がありましたらお書きください。)

ご協力ありがとうございました。