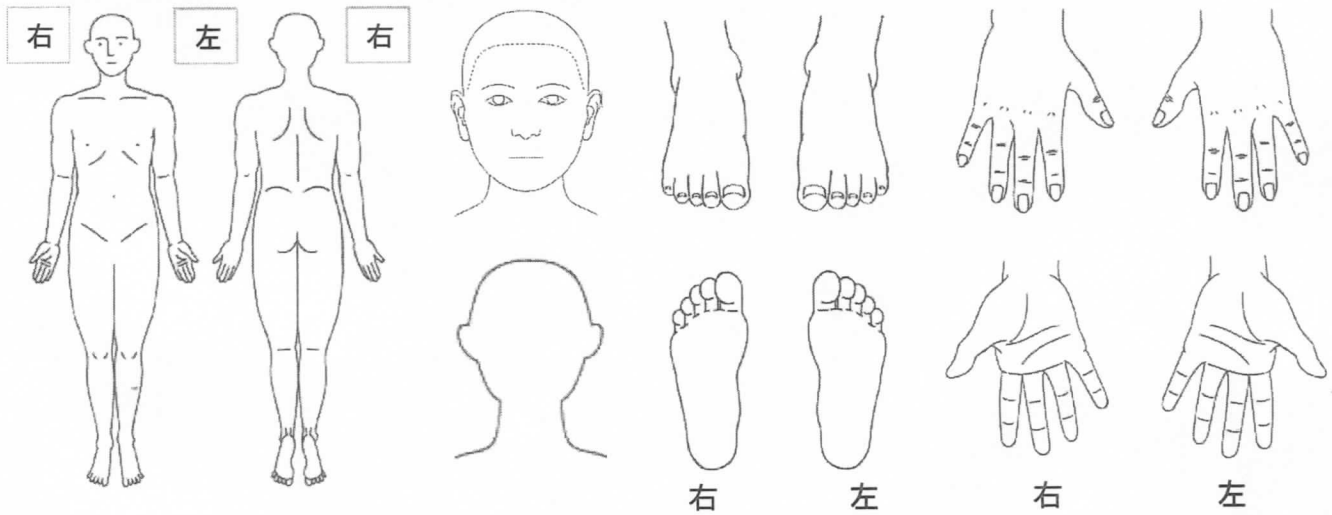
皮膚科　問診票

年　　月　　日

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）　年齢＿＿＿歳

1. 診察を希望する部位に〇をつけて下さい。



2. 症状はいつからですか？

〔　　〕

3. どのような症状ですか？（✔をつけて下さい）

☐ 発疹　☐ かゆい　☐ 痛い　☐ 痛痒い

☐ その他〔　　〕

4. 何かきっかけや思い当たることはありますか？（✔をつけて下さい）

☐ ない　☐ ある〔　　〕

5. 今回の症状に対して病院を受診したことがありますか？　☐ ない　☐ ある

6. 今回の症状に関しては、通勤中・お仕事中のけがですか？　☐ いいえ　☐ はい

7. 現在治療中の病気、内服しているお薬はありますか？（✔をつけて下さい）

☐ いいえ　☐ はい　☐ アトピー性皮膚炎　☐ ぜんそく　☐鼻炎

☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 心臓疾患（　　）

☐ 肝・腎臓病（　　）　☐ 帯状疱疹　☐ 緑内障

☐ 脳疾患（　　）　☐ がん（　　）

☐ その他（　　）

☆お薬手帳をお持ちの方は、手帳の提出をお願いします。

＊ 血をさらさらにするお薬を服用していますか？　☐ いいえ　☐ はい

8. アレルギーはありますか？（✔をつけて下さい）

☐ いいえ　☐ はい（食べ物　　）（お薬　　）

9. 女性の方にお尋ねいたします。現在妊娠または授乳中ですか？　☐ いいえ　☐ はい

沖野上クリニック

ふりがな	
氏　名	
生年月日	明治・大正 昭和・平成　　年　　月　　日　　才
住　所	〒
自宅電話	―　　―
携帯電話	―　　― 本人の電話・家族の電話（続柄:　　氏名:　　）・その他の方の電話（関係:　　）

今日は何科の受診をご希望ですか？

□泌尿器科　□内科　□脳神経内科　□皮膚科