

みどり皮ふ科クリニック 問診票

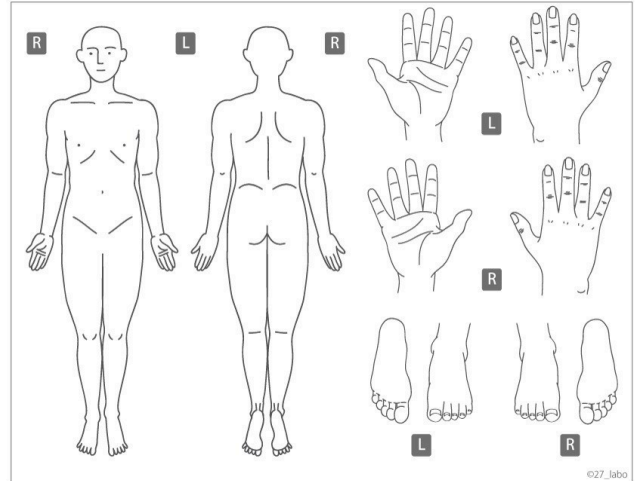
フリガナ			男・女	生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
名 前	姓	名			
住 所	〒 -				
電話番号					体重(子供のみ) Kg

1 具合の悪いところを記入してください。

(1)いつから? _____

(2)どこが? (右の図にも記載して下さい)

(3)どのようになったのでしょうか?



他の医療機関を受診した場合、わかる範囲でお答えください。

受診した医療機関 : _____ 処方された薬 : _____

2 治療中の病気はありますか?

アレルギー性鼻炎(花粉症) ・ 喘息 ・ 高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 (B型肝炎・C型肝炎)

前立腺肥大症 ・ 緑内障 ・ 腎臓病 (透析 あり・なし) ・ その他 _____

3 現在治療中の病気について、内服中のお薬はありますか?

※紹介状や検査結果、お薬手帳をお持ちの方は、受付へご提示ください。

4 【女性のみ】 妊娠中 (出産予定日: 月 日) 授乳中

5 食事やお薬でアレルギー反応を起こしたことはありますか?

いいえ はい (具体的に _____)

6 当院をどのような経緯で当院を受診しましたか?

通りがかり 看板 インターネット 知人の紹介 他の医療機関から (_____)

※診察に際してのお願い：治療効果の判定のため、写真撮影を行いカルテに添付することがあります。ご了承ください

※小さなお子さんのいる患者さんへ：お子さんが診察室内の備品や医療機器をさわらぬようご配慮ください。

みどり皮ふ科クリニック 院長