

診療申込・問診票

ID No.

記入年月日

年

月

日

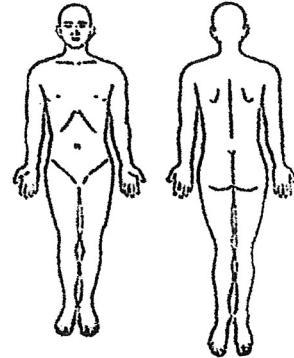
ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生 (才)
氏名	男・女					
住所	〒			電話		

1 下記の点につき具体的にご記入を、または該当するものに○印をつけてください。

いつから：()年()月()日くらいから

部位：右の絵に○印で記入してください

症状：痛い・かゆい・症状なし・仕事中のヤケド/ケガ



2 今回の症状で、現在使用中のくすりがあればお書きください。

ない・ある：()

3 今まで下記のような病気をされたり、現在治療中の病気がありますか？

糖尿病 肝臓病 腎臓病 心臓病 その他の重い病気やケガ (病名：)

アトピー性皮膚炎 掌蹠膿疱症 喘息 花粉症 アレルギー性鼻炎・結膜炎 緑内障 前立腺肥大

4 現在服用中の他科の内服薬、常用薬 (市販薬・健康食品も含む) はありますか？

ない・ある：()

5 自動車の運転など危険を伴う機械の操作をされますか？

いつもする・時々する・しない

6 薬、注射、麻酔、食べ物で発しんがみられたり、気分が悪くなったことはありますか？

また塗り薬や貼り薬でかぶれたことはありますか？

ない・ある：()

7 家族で同じような皮膚病の方がいらっしゃいますか？

いない・いる：()

8 女性の方にのみお尋ねします。

現在、妊娠中、またはその可能性がありますか？ いいえ・はい

現在、授乳中ですか？ いいえ・はい

9 当院をどのようにお知りになりましたか？

通りがかりで・家族の紹介・知人 () 様の紹介・インターネット・折込広告・看板

その他 ()

10 特に気になること、希望することがございましたらお書きください。



いのうえ皮膚科