

問 診 票

カルテNo.

〈 受診日 〉 令和 年 月 日

フリガナ			男 ・ 女	体 重	kg
名 前				ご職業	
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日		生まれ (年齢 歳)		
ご住所	〒				
電話番号	ご自宅		携帯電話		

① どの場所に皮膚病がありますか？

右側の図に印を付けてください。

※ 発熱のある方は受付に声をかけて下さい。

② それはいつ頃からできたのですか？

③ なにか治療をされましたか？

④ その原因について心当たりはありますか？

⑤ 今までにかかった病気はありますか？

はい (病名) ・ いいえ

⑥ 現在、治療中の病気はありますか？

はい (病名) ・ いいえ

⑦ 現在、飲んでいる薬はありますか？

はい (薬の名前 :) ・ いいえ

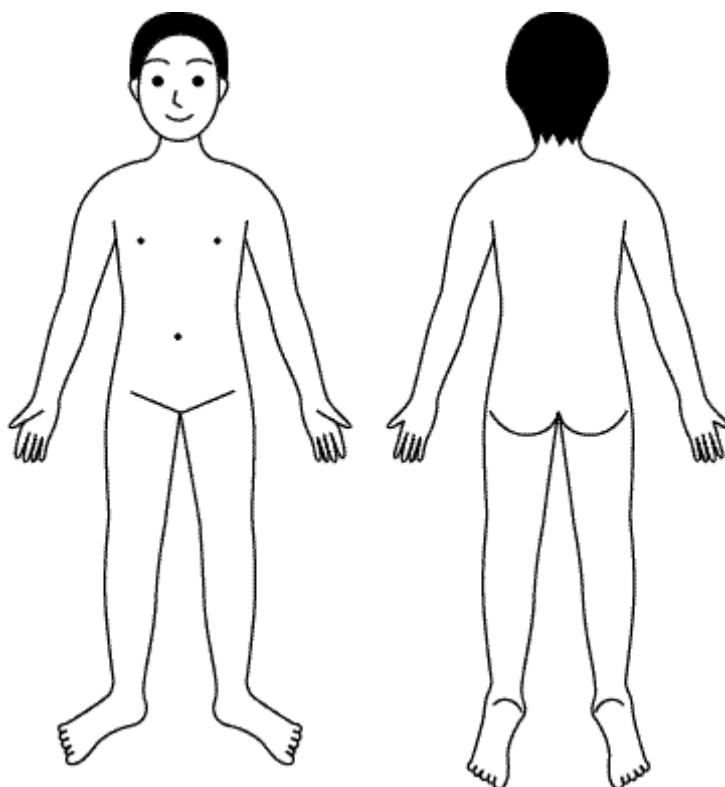
⑧ 薬に対する過敏症 (例 : 腹痛、嘔吐、かぶれ等) はありますか？

はい (薬の名前 :) ・ いいえ

⑨ 女性の方のみ、現在妊娠・授乳されていますか？

妊娠 はい (カ月) ・ いいえ

授乳 はい ・ いいえ



※ 本日、使用中のお薬の情報が分かるもの (お薬手帳や診療情報提供書) 等や検査結果等あればこの問診表と一緒に受付へお出しください。

受付記入欄 採血 真菌 細菌培養 ダーモ 虫体虫卵
創傷処置 軟膏処置 N 3or4 鶏眼

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたら呼びいたしますのでしばらくお待ちください。

※ この問診票は個人情報が含まれておりますが、診療目的以外では使用いたしません。