

皮膚科初診問診票

ID

平成

年

月

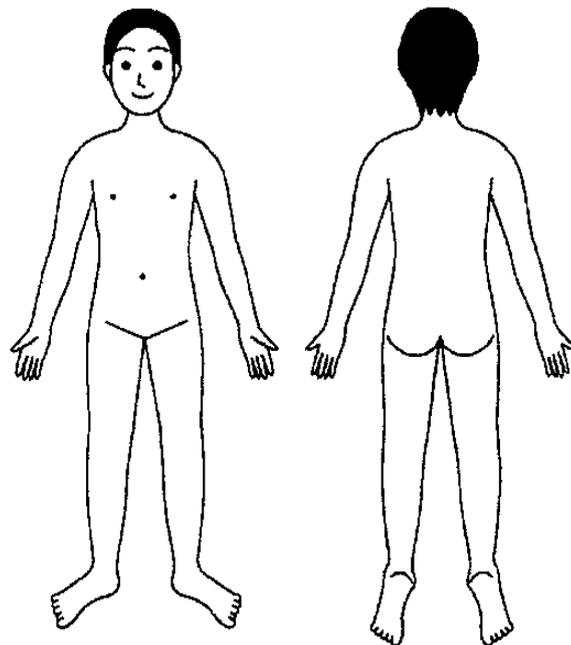
日

ふりがな				性別	男・女
受診者氏名					
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	歳
住所	〒				
連絡先	()	—	携帯	—	—

1. 本日はどのような症状で来院されましたか。

()

2. 症状のある部位はどこですか。右もしくは下の図の該当箇所に○をつけて下さい



3. いつごろから症状が出てきましたか。

()

4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか。

()

5. 現在治療中の病気はありますか。 (はい・いいえ)

病名： 高血圧・心臓病・糖尿病・脳卒中・腎臓病・肝臓病・その他()
いつ頃からですか：

6. 過去に大きな病気及び入院や手術をしたことがありますか。 (はい・いいえ)

病名：

7. 薬剤や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか。 (はい・いいえ)

薬・注射 () 食べ物 ()

※女性の方のみお答えください※

○現在、妊娠中、授乳中、妊娠の可能性ありますか。 (はい・いいえ)

妊娠中・授乳中・可能性あり

○最終生理日はいつですか。 (月 日)



医療法人いつき会

守山いつき病院