

## 【問診表】

フリガナ		年齢		性別	男・女
お名前	様		歳		
小児の患者さんは体重もお書き下さい		kg	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
ご住所	(〒 - )	電話	( )	-	

お名前、ご住所、電話番号、郵便番号、生年月日は必ずお書き下さい。

下記の点に具体的にご記入を、または該当するものに 印をつけて下さい。

いつから：( )

部 位：場所不定・頭・顔・首・肩・胸・背中・脇・腹・腕・手・腰・陰部・おしり  
ふともも・ふくらはぎ・足・爪

症 状：痛い・かゆい・症状なし

大 き さ：徐々に拡大・急に拡大・変化なし

今回の症状で、現在使用中の薬があればお書き下さい。

ない・ある：( )

現在あるいは過去に次の病気を患っておられれば 印をつけて下さい。

ない・ある：( アトピー性皮膚炎・喘息・アレルギー性鼻炎・結膜炎・花粉症 )

今まで下記の様な病気をされたり、現在治療中の病気がありますか？

ない・ある：潰瘍・肝炎・肝硬変・てんかん・緑内障・その他( )

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：( )

車やバイクの運転をされますか？

いつもする・時々する・しない

薬、注射、麻酔（歯医者等）、食物でじんましんや薬疹が出たり、  
あるいはショック（呼吸困難等）を起こしたことがありますか？

いいえ・ある( )

以下、女性の方にのみお尋ねします。

現在、妊娠、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

ありがとうございました

ほりき皮膚科クリニック