

問 診 表

ふりがな

生年月日 明・大・昭・平

氏 名 _____ (男・女) 年 月 日生 (才)

住所 _____

電話番号 _____

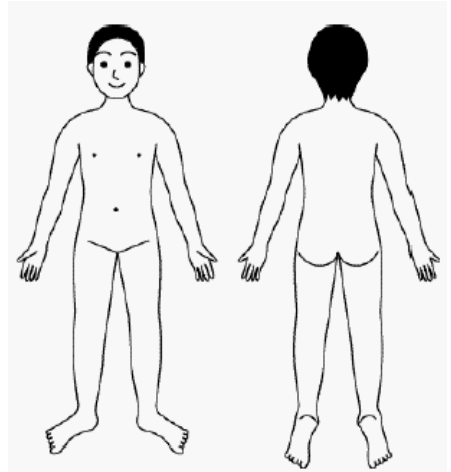
1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

・いつ頃から ()

・どの部位に (右図に○をつけて下さい)

・どのような症状で

・なにか原因として思い当たる事がありますか。



2. 上記の症状で現在あるいは過去に治療は受けて
いますか。(はい・いいえ)

「はい」の方…治療内容 ()

4. 今までにした大きな病気や、現在治療中の病気があればお書きください。

5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。(はい・いいえ)

「はい」の方…具体的には ()

6. 女性の方のみお答え下さい。妊娠中ですか(はい[月]・いいえ)

7. どのようにして当院をお知りになりましたか？

・ 御家族より ・ 知人の紹介 () ・ 駅、電柱などの看板 ・ ホームページ

・ インターネット検索 ・ その他 ()

8. 診察に際してご要望があればお書きください。

ご協力ありがとうございました。順番にお呼びいたしますので、お待ちください。

大木皮膚科