

やまなか皮膚科クリニック 問診票(初診用)

年 月 日 ID:

ふりがな	さま	男 女	体重	kg	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中
お名前	様	大・昭 平・令	年	月	日生 歳
〒 —		連絡先 ☎		— —	
住所					

※問診票の内容は診療や連絡などに使わせていただき個人情報の漏洩がないよう管理します。

本日はどうされましたか？

・どこが症状が気になりますか。

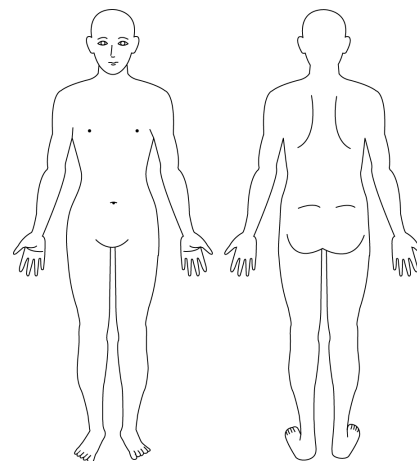
( )

・いつからですか。

( ) ころから ・ わからない

・どのような症状がありますか？

- かゆい 赤い いたい はれている ジュクジュク  
かさかさ 水ぶくれ ぷつぷつする ねつが出た  
アトピー性皮膚炎 蕁麻疹 水虫 いぼ みずいぼ  
にきび ケガ ヤケド 円形脱毛症 男性型脱毛症 シミ  
その他あれば、下にお書きください



・上の症状に対して他院で治療をされましたか？

はい ・ いいえ

・現在通院中の病気はありますか？（お薬手帳・検査結果があればお見せください）

- 特になし 高血圧 糖尿病 高脂血症 花粉症 ぜんそく

その他 ( )

これまで薬や食べ物で具合が悪くなったり、じんましんがでたことはありますか？

原因のくすりやたべものが分かれば教えて下さい

( )

アンケート) 当院を何で知られましたか？ よろしければ○をお付けください(複数可)

- 窓の表示 ビル看板 知人の紹介 広報誌(まなびにトライなど) 駅広告( )  
他院の紹介 前を通過して気づいた ホームページ その他( )

主に当院へは何で来られましたか？

- 徒歩 電車 自転車 単車 自動車 バス その他( )

ご協力ありがとうございました。