



# おゆみ野レインボー皮膚科問診票

●受診日： 平成 年 月 日

|      |         |      |     |
|------|---------|------|-----|
| お名前  | ふりがな    | 郵便番号 | -   |
|      |         | ご住所  |     |
| 生年月日 | 年 月 日 歳 | ご職業  |     |
| 性別   | 男 ・ 女   | ご連絡先 | - - |

### ■いつからですか？

- ( ) 日前より
- ( ) 週前より
- ( ) 月前より
- ( ) 年前より

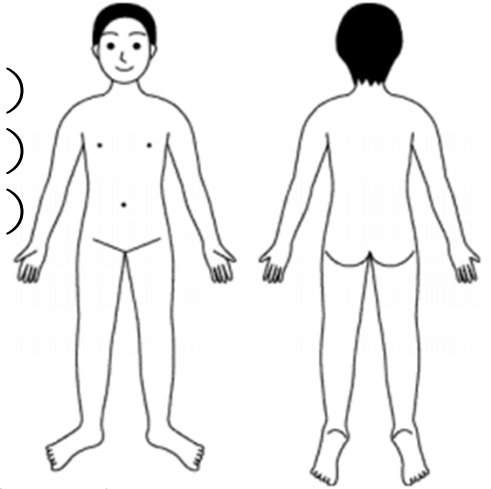
日付が分かる場合はご記入ください

年 月 日より

### ■症状があるのはどこですか？ 下の図に丸をしてください

部位

- ( )
- ( )
- ( )



### ■どんな症状ですか？

該当する項目に○をつけて下さい。

- かゆい
- 痛い
- できものがある
- いぼ・水いぼ
- やけど
- 水虫
- ジュクジュクしている
- かさかさしている
- その他 ( )

### ■原因として思い当たる事はありますか？また、治療歴はありますか？

治療歴：あり 病院名 ( ) ・なし

### ■今までにかかった病気に○をつけて下さい。

アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障 ・ 薬剤アレルギー (薬品名： )

### ■現在、別の治療を受けたり、何か薬を飲んでいますか？

病名 ( ) 内服薬 ( )

### ■女性の方へ妊娠中・授乳中ですか？

はい (授乳中・妊娠 ヶ月) ・ いいえ

### ■16歳以下の方は体重をご記入ください

( ) kg

### ■当院をどのようにお知りになりましたか？

通りすがり インターネット 電柱 チラシ 知人より その他