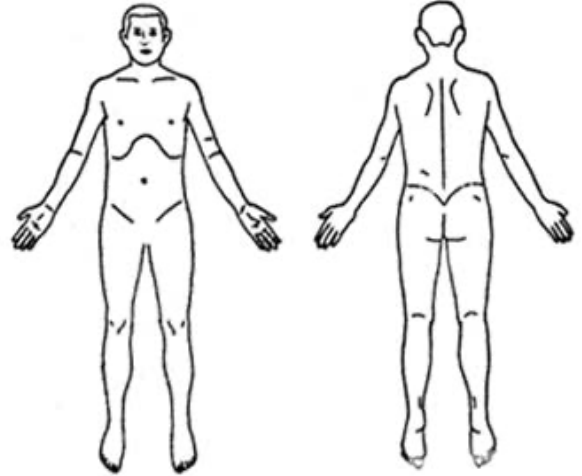


皮膚科・形成外科問診表

R 年 月 日

フリガナ		住所	〒	—
氏名	男・女			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 令和 (才 ヶ月)	電話番号	()	—
ご職業			携帯番号	—
		体重		Kg

1. 具合の悪いところに○をつけてください。
かゆい 痛い 痛くもかゆくもない
にきび
その他 ()



2. それはいつ頃からですか？

3. この症状で治療を受けたことがありますか？
 はい ・ いいえ

4. 今まで治療を受けたことのある病気、または現在治療中の病気はありますか？
 あります ありません
喘息 胃潰瘍 糖尿病 高血圧 不整脈 狭心症・心筋梗塞
脳梗塞 肝臓病 腎臓病 その他 ()

5. 現在、内服中のお薬はありますか？ あります ありません
 お薬の名前を記入してください(お薬手帳があれば見せてください。わからなければ後日教えてください。)

6. 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい いいえ

7. 薬や食物に対するアレルギーはありますか？
 あります () ありません

8. 今までに麻酔を使用したことがありますか？ ※歯科での麻酔も含む
 あります (医療機関:) ありません

9. こどもを作る予定はありますか？ あります ありません

10. 女性の方におたずねします。現在、妊娠・授乳していますか？ はい いいえ

11. マイナ保険証による診療情報取得について 同意します 同意しません

◆診察時に特にお聞きになりたいことがあれば、下にお書きください。