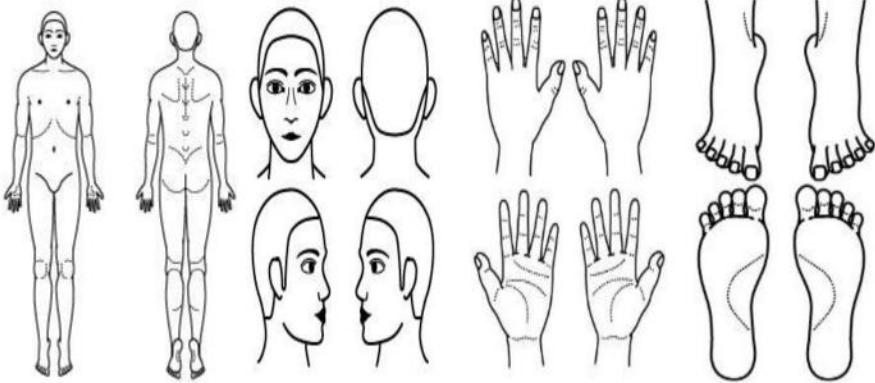


皮膚科初診問診票

お分かりになる範囲で結構ですので、下記ご質問にお答えください。

ふりがな			
お名前			
年齢		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

本日はどのような症状で来院しましたか。

いつ頃から	()から
症状・症状のある部位	<input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> かさかさ <input type="checkbox"/> 赤い <input type="checkbox"/> 水虫 <input type="checkbox"/> いぼ <input type="checkbox"/> ほくろ <input type="checkbox"/> 脱毛 <input type="checkbox"/> 虫さされ <input type="checkbox"/> できもの <input type="checkbox"/> にきび <input type="checkbox"/> その他() 
現在治療中の病気 はありますか	以下に当てはまるものにチェックしてください <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他()
今、飲んでる薬を教え て下さい	
薬、食べ物のアレル ギーはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的にご記入ください
今までになつた大きな 病気を教えてください	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> その他()
身内の方に次のよう な方がいますか	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他()
喫煙	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前していた <input type="checkbox"/> 現在もしている1日()本を()年
飲酒	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前していた <input type="checkbox"/> 現在飲んでいる1日量()を週()日
妊娠	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明
授乳	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない

初診の方のみ以下をご記入ください

生年月日	
住所	〒
電話番号(携帯可)	
何をみて当院をお知 りになりましたか？	<input type="checkbox"/> インターネット(<input type="checkbox"/> クリニックHP・ <input type="checkbox"/> 病院検索サイト(<input type="checkbox"/> 病院なび <input type="checkbox"/> ドクターズファイル)) <input type="checkbox"/> その他の検索サイト() <input type="checkbox"/> ご家族、知人の紹介 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 公開講座案内 <input type="checkbox"/> 折込みチラシ <input type="checkbox"/> 地域の地図 <input type="checkbox"/> 他医療機関の紹介 <input type="checkbox"/> 雑誌(頼れるドクター・文芸春秋) <input type="checkbox"/> その他()

当院記入欄 (KT P BP SPO2)
