

高田馬場皮膚科・形成外科 問診票（初診の方）

予め記入していない/多数の相談についてに診察できません。

診察券番号 :

ふりがな

大・昭・平・令

お名前

男・女

生年月日

年

月

日生()歳

ご住所 〒

お電話 ()

携帯 ()

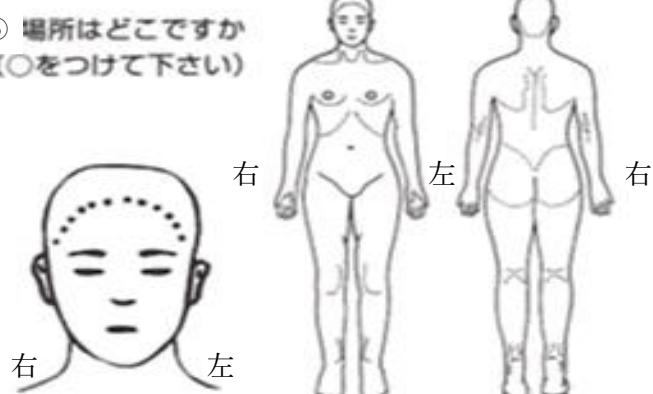
ご職業

1. 本日の症状について

(1) どのような症状ですか

⑤ 場所はどこですか
(○をつけて下さい)

(2) いつ頃からそうなりましたか
「○月から」「○年前から」など具体的に



(3) 以前にも同じようなことがありましたか

()ある ()ない

(4) 今までどうしていましたか

()何もしていない

()売薬を使っていた (薬の名前:)

()他院にかかっていた (処方された薬:
現在も使用している →はい() いいえ()

2. 今までにかかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか

()ない

()糖尿病 ()心臓病 ()腎臓病 ()肝臓病 ()高血圧

()胃十二指腸潰瘍 ()縁内障 ()前立腺肥大

その他()

3. 現在飲んでいる薬はありますか ※お薬手帳、説明書をお持ちの方はお見せください

()ない

()ある →薬の名前()

4. 今までに薬や注射で具合が悪くなったことや、かぶれたことはありますか

()ない

()ある →薬の名前()

5. 女性の方のみお答えください

現在妊娠の可能性がありますか

()ない ()ある もしくは ()妊娠中 カ月(予定日 月 日) ()授乳中

6. 一緒に住んでいる方は何人ですか (あなた以外で 人)

7. 特にお聞きになりたいがあれば記入してください(いくつでも)()

<当院受診のきっかけを教えてください(いくつでも)>

ホームページ 当院の看板 web の口コミ (家族 知人 他院 _____) からのご紹介

web 検索 通りがかり チラシ・パンフレットを見て その他()