

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/多数の相談をついでに診察できません。

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

② いつ頃からそうになりましたか
「〇月から」「〇年前から」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 ()緑内障 ()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ことがあれば記入してください(_____)

<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(_____)

⑤ 場所はどこですか
(〇をつけて下さい)

