

高田馬場皮膚科・形成外科 問診票（初診の方）

未記入/多数の相談を診察できません。3つ目以降次回にしてください。

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

現在妊娠の可能性かありますか

( )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  
(○をつけて下さい)

