

高田馬場皮膚科・形成外科 問診票 (初診の方)

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 _____

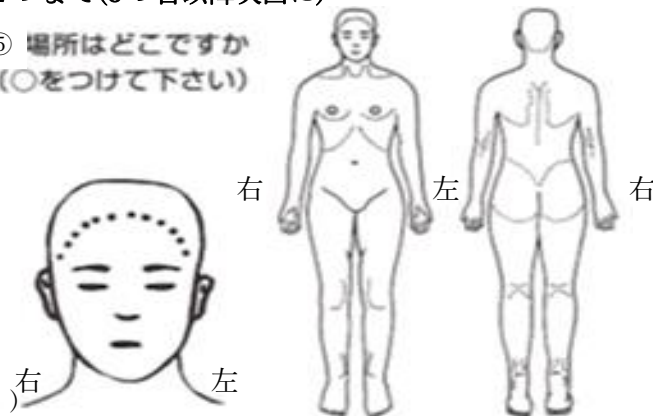
1. 本日の症状について

- 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
()他院にかかっていた
(病院の名前: _____)
(処方された薬の名前: _____)

ついでに

未記入の診察できません
一度に2つまで(3つ目以降次回に)

⑤ 場所はどこですか
(〇をつけて下さい)



現在も使用している →はい() いいえ()

→医師の判断により当院で処方できない事例が多いです/インターネットで調べた薬まずだせません

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(_____)