

問診票

No.

受診日 令和 年 月 日

フリガナ		男・女	ご職業 ()	※患者様が 小児の場合のみ 体重() kg
お名前				
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)			
住所	〒			
電話番号		携帯番号		

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？（右図にも○を）

痛み・かゆみ・出血している・腫れている・化膿している

その他 ()

2. 症状はいつからですか？

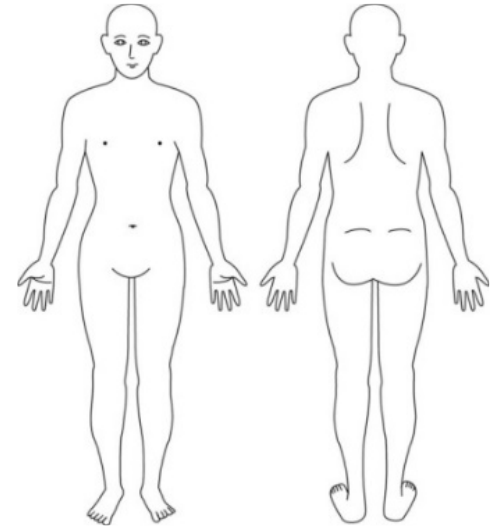
(日前・ 週間前・ ヶ月前・ 年前)

3. 今回の症状で他の病院に受診されましたか？

(いいえ ・ はい⇒病院名：

今回の症状でお薬を服用しましたか？

(いいえ ・ はい⇒使った薬：



4. 現在治療中の病気や過去にかかった病気はありますか？

(いいえ ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 血液疾患
・ 肝疾患 ・ 腎臓病 ・ こう原病 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障)

5. 現在飲んでいるお薬はありますか？

(ない ・ ある⇒)

6. アレルギーはありますか？

(いいえ ・ はい：薬品 () 食べ物 () その他 ())

7. 治療のご希望についてお聞かせください（該当する数字に○をお付け下さい）

①健康保険の範囲内で治療したい ②健康保険外の自費治療も希望

8. 女性の方へ

現在妊娠していますか？ (いいえ ・ はい (出産予定日 年 月 日) ・ 可能性がある)

現在授乳中ですか？ (いいえ ・ はい)

9. 12歳以下のお子様へ

内服薬に関してご希望はありますか？ 錠剤 粉 シロップ

昼食後薬を服用できない（保育園など）

10. 当院をどちらでお知りになりましたか？（複数回答可）

通りがかり 自宅が近所 ホームページ 看板 九州医療センターから継続の患者様

知人・家族からのご紹介 () 様 他の病院からのご紹介：病院名 ()

テレビ 講演会 その他 ()

ご記載ありがとうございました。記載いただきました内容は診療の範囲内でしか使用致しません。

高松ひろこ皮フ科