

問診票

___月___日

(フリガナ)

お名前 _____

年齢 ___歳 男性 / 女性

郵便番号 _____

電話番号 _____

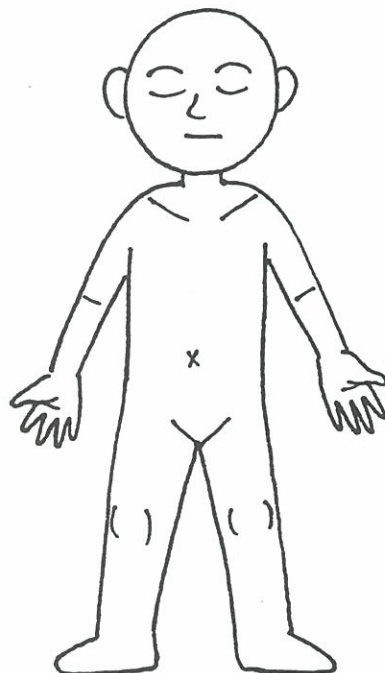
ご住所 _____

1) 本日はどうなさいましたか？

1. かゆいところがある。
2. ぶつぶつができています。
3. ヤケドをした。
4. できもの/イボ/ホクロがある。
5. 水虫かも。
6. その他 _____

いつごろから _____

どこに (右の絵に印を付けてください)



2) 何かぬり薬をぬったり、飲んだりしていますか？
いいえ/はい (くすり _____)

3) 今までに、あるいは現在治療されている皮膚以外の
病気はありますか？いいえ/はい
(_____)

4) 3) で毎日飲んでいるくすりはありますか？
おわかりになれば、薬の名前を書いてください。
(_____)

お薬手帳があれば、ご準備ください。

5) 薬のアレルギーはありますか？
いいえ/はい (_____)

6) 女性の方のみ
現在妊娠の可能性はありますか？
いいえ
はい (___ヶ月 / ___週)

