

年 月 日

外来問診票

いくい皮膚科

〒 _____

1) 住所 _____ 都・府・県 _____ 市 _____

ふりがな

氏名 _____ 性別 男・女 生年月日 T・S・H・R _____年____月____日

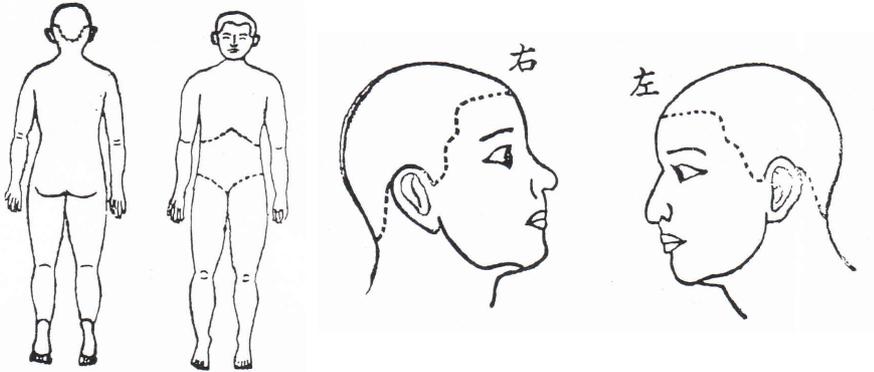
電話番号 _____ 身長 _____ c m 体重 _____ k g

2) 本日来院された理由をお書きください。

主な症状（目的）は何ですか？ _____

それは いつからですか？ _____

部位はどこですか？○でかこんでください。



どのように具合が悪いですか？ かゆい ・ 痛い ・ その他 (_____)

過去にも同様の症状がありましたか？ (はい ・ いいえ)

今回の症状で治療を受けたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

はいと答えた方へ 聞かれている病名 _____

使用している薬の名前 _____

薬を持参していますか？ (はい ・ いいえ)

3) 現在までかかった病気に○をつけてください。

1. 喘息 2. じんましんなどのアレルギー疾患 3. 薬剤などのアレルギー(薬品名)
4. 心臓病 5. 高血圧 6. 高脂血症 7. 腎臓病 8. 肝臓病 9. 糖尿病
10. 胃・十二指腸潰瘍 11. 手術歴 12. その他 (_____) 13. なし

4) 日常生活についてお聞かせください。

睡眠時間は？ _____ 時間 食欲は？ (良 ・ 不良)

アルコールは？ (ビール _____ 本/日 ・ 日本酒 _____ 合/日 ・ 飲まない)

タバコは？ (_____ 本/日 _____ 才 ~ _____ 才まで ・ 吸わない)

妊娠の可能性は？ (現在妊娠している _____ ヶ月 ・ 可能性あり ・ なし)

5) もし宜しければ、アンケートにご協力お願いします。

当院を受診されたきっかけは何でしょうか？ (複数回答可)

看板を見た ・ ホームページを見た ・ 通行時に見かけた

友人に紹介された ・ その他 (_____)