

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

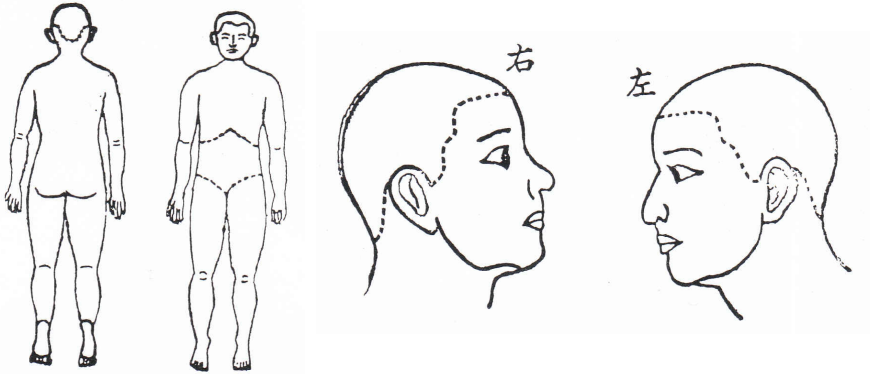
電話番号 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ c m 体重 \_\_\_\_\_ k g

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 ( \_\_\_\_\_ )