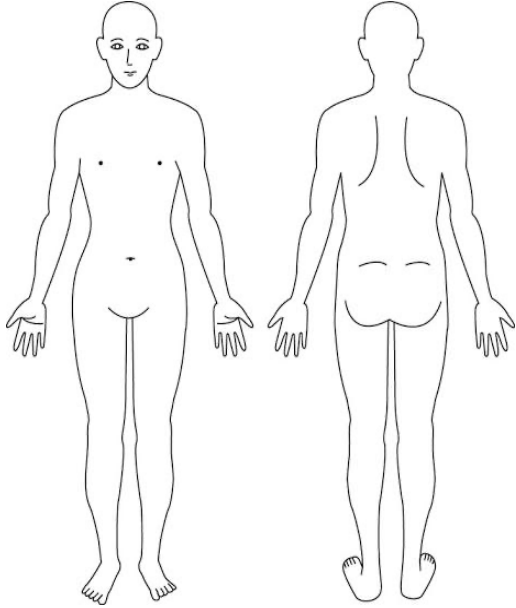


# 皮膚科問診票 わだ皮膚科クリニック

記入日： 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	西暦	年	月	日
氏名			電話				
住所	〒						

<p>本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。</p> <p> <input type="checkbox"/>かゆい <input type="checkbox"/>赤い <input type="checkbox"/>ブツブツ <input type="checkbox"/>乾燥  <input type="checkbox"/>腫れ <input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>水ぶくれ <input type="checkbox"/>キズ・けが <input type="checkbox"/>あざ  <input type="checkbox"/>虫刺され <input type="checkbox"/>タコ/うおのめ <input type="checkbox"/>にきび <input type="checkbox"/>水虫  <input type="checkbox"/>ほくろ（※当院ではほくろの手術・レーザー治療は行っておりません）  <input type="checkbox"/>やけど <input type="checkbox"/>しこり <input type="checkbox"/>じんましん  <input type="checkbox"/>その他（ ）  <input type="checkbox"/>PL病院でかかっていた続き         </p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい。</p> 
<p>症状はいつ頃からありますか？ 約（ ）日・週間・ヶ月・年前から</p>	
<p>今回の症状の原因として思い当たる事がありますか？ある場合は記入してください（例：薬・食べ物・化粧品・仕事など）</p>	
<p>今回の症状で今までに治療を受けましたか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（病院名・治療内容）</p>	
<p>今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（ ）</p>	
<p>現在、飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり（ ）</p>	
<p>アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり⇒具体的にお書きください（ ）</p>	
<p>※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？または授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい（<input type="checkbox"/>妊娠中 <input type="checkbox"/>妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/>授乳中）</p>	
<p>当院をどちらでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/>インターネット <input type="checkbox"/>看板 <input type="checkbox"/>知人 <input type="checkbox"/>通りがかり <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>	

ご協力ありがとうございました。