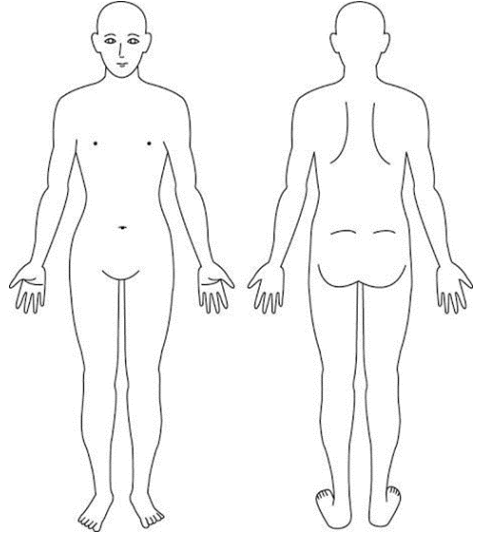


小児皮膚科問診票 わだ皮膚科クリニック

記入日： 年 月 日

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

<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"/>じんましん <input type="checkbox"/>その他（ ） </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>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around;"> 体重 k g </div>
<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・動物・花粉など）</p>	
<p>今回の症状で今までに他の病院で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>どんな種類のお薬が飲めますか？ <input type="checkbox"/>シロップ <input type="checkbox"/>粉薬 <input type="checkbox"/>錠剤またはカプセル</p>	
<p>ご希望される項目があれば選択してください。 <input type="checkbox"/>検査（※当院では小学生以下のお子様の採血検査は行っておりません） <input type="checkbox"/>与薬依頼書 <input type="checkbox"/>登園許可証</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。