

日吉皮膚科クリニック 問診票

お名前 _____

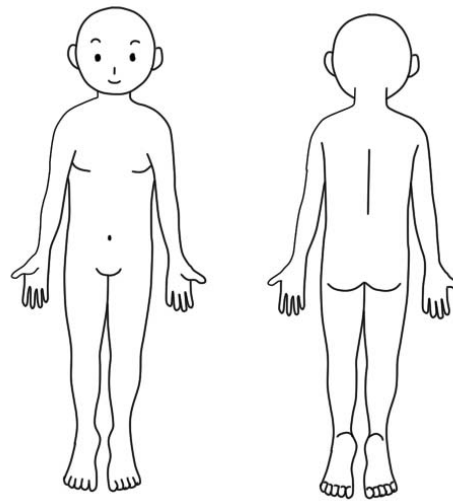
性別 男 女

生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日

住所 〒 _____

電話番号 _____

診察を受けたいところに○をしてください



どうしましたか？ 痛い かゆい 腫れる 赤い
その他 ()

いつからですか？ ()

どこかで治療していましたか？ はい (病院名))
使っていた薬 ()
いいえ

現在治療中の病気はありますか？ はい (病名))
(病院名))

飲まれている薬はありますか？ はい)
薬剤名 ()
いいえ

お薬のアレルギーはありますか？ はい (薬剤名))
いいえ

妊娠されていますか？ はい いいえ

授乳中ですか？ はい いいえ

特に診察医のご希望がございましたらお申し付け下さい