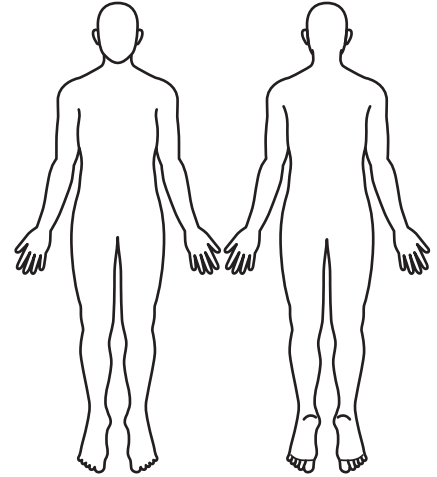


問 診 表 (皮 フ 科)

フリガナ 氏名	男 女	生年月日 明 大 昭 平 年 月 日 (歳)
住所		
緊急連絡先及び勤務先の電話		

1. いつからどんな症状がありますか？

- a) いつから： 年、 ヶ月、 週、 日前から
- b) 症 状：かゆい、痛い、その他 ()
- c) 部 位：(右の図に丸と斜線でお示し下さい)
- d) 治療をしていますか？ していない
 している 自分で 薬品名 ()
 医者で 薬品名 ()



2. 今までにどんな病気にかかったことがありますか？

- a) アレルギー性鼻炎 b) アレルギー性結膜炎 c) アトピー性皮膚炎
- b) 心臓病 e) 糖尿病 f) 高血圧 g) 胃潰瘍 h) 腎疾患 i) 肝疾患
- j) 喘息 k) 輸血 l) 結核 m) 前立腺肥大症 n) 緑内障 o) 高脂血症
- p) その他 ()

3. 今、他の病気で治療をしていますか？

している 病名 () していない

4. 今、皮膚科以外の薬を飲んでいますか？ 飲んでいる 飲んでいない

何の薬ですか？ 薬品名 () 病院名 ()

5. 薬のアレルギーまたは薬疹にかかったことがありますか？

ある 薬品名 () ない

6. 家族にアレルギー疾患の人がいますか？

- a) アトピー性皮膚炎 b) じんま疹 c) 喘息 d) アレルギー性鼻炎

7. 女性の方へ

a) 妊娠中ですか？ いいえ はい (週) わからない 妊娠予定がある

b) 授乳中ですか？ いいえ はい

8. その他、気がついたことがありましたらご記入下さい。

9. 領収書とは別に医療費明細書はご必要ですか？ はい いいえ