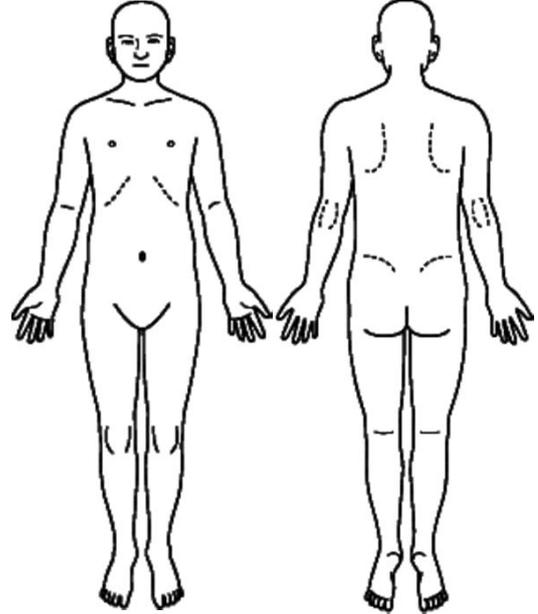


はる皮フ科クリニック問診表

ふりがな		性別	男 ・ 女	年齢	
お名前		生年月日	大・昭・平 年 月 日	歳	
ご住所	〒 -	※12歳未満のお子様 体重			kg
		電話			
		携帯			

① どのような症状ですか？あてはまるものにしてください。 ② 場所を図に書いてください

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> かゆい | <input type="checkbox"/> 水虫 |
| <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> 爪水虫 |
| <input type="checkbox"/> 湿疹 | <input type="checkbox"/> 巻き爪 |
| <input type="checkbox"/> じんましん | <input type="checkbox"/> できもの |
| <input type="checkbox"/> ヘルペス | <input type="checkbox"/> 魚の目・タコ |
| <input type="checkbox"/> 虫刺され | <input type="checkbox"/> イボ |
| <input type="checkbox"/> とびひ | <input type="checkbox"/> 水イボ |
| <input type="checkbox"/> やけど | <input type="checkbox"/> にきび |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |



③ いつからですか？ ()

④ この症状に対して今回した治療はありますか？

- | | |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 他院で治療→内容・もらった薬 () |
| | <input type="checkbox"/> 市販薬使用→薬剤名 () |
| | <input type="checkbox"/> その他 () |

⑤ 今までにかかったことのある病気や現在治療中の病気はありますか？

- | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 | <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 | <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> 心疾患 | <input type="checkbox"/> 脳疾患 | <input type="checkbox"/> 肝疾患 | <input type="checkbox"/> 腎疾患 | <input type="checkbox"/> 高血圧 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 | | |
| <input type="checkbox"/> その他 病名 () | | | | |
| 手術 () | →いつ頃 () | | | |
| 服用中の薬 () |) ※お薬手帳を受付にご提出ください。 | | | |

⑥ ご家族の方で下記のアレルギー疾患はありますか？

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 | <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 | <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> ぜんそく |
| <input type="checkbox"/> その他 () |) どなたにありますか？ () | | | |

⑦ 薬や食べ物でじんましんが出たりアレルギーをおこしたことがありますか？

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある 薬 () |
| | 食べ物 () |

⑧ 化粧品やヘアカラーでかぶれたことがありますか？

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある () |
|-----------------------------|---------------------------------|

⑨ 女性の方へ

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性なし | <input type="checkbox"/> 妊娠中 (カ月) | <input type="checkbox"/> 授乳中 |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------|