

☆☆

問診票（初診の方）

（具合が悪くて書けない方はお申し出ください。）

2017年 月 日

ふりがな		性別	男・女
お名前			
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	年齢	才
ご住所	〒 —		
電話番号	ご自宅		
	携 帯		

*今日はこちらにおかかりですか？

内科 ・ 皮膚科 ・ 両方

*症状が出たのはいつからですか？

本日～・昨日～・1週間前～・2, 3週間前～・1ヶ月前～・__月__日～

*現在の症状についてあてはまるものに○をつけてください。

38℃以上の熱 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 頭痛 ・ のどの痛み
咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ その他の症状 ()

皮膚の症状 (頭 ・ 顔 ・ 手 ・ 足 ・ 上肢 ・ 下肢 ・ 体幹 ・ 全身)

*今までにかかった病気について

喘息 ・ じんま疹 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 心臓の疾患 ・ 高血圧
高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 膠原病 ・ 脳疾患
その他 ()

*現在内服しているお薬が ある ・ ない

お薬手帳はお持ちですか？ 持っている ・ 持っていない

*今までに薬のトラブルが ない ・ ある（ある場合は薬剤名をご記入ください）

薬剤名 ()

*1ヶ月以内の海外渡航歴についてご記入ください。

渡航した国 () 期間 (~)

*女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？ ない ・ ある ・ わからない

最終月経 年 月 日

お書きいただきました情報につきましては、診察のための目的のみに使わせていただきます。
患者様のプライバシーを守るため、細心の注意を払って取り扱わせていただきます。

西山内科皮膚科クリニック 院長