**問　　診　　票**

　※再診の場合も本日連絡のつく電話番号を必ずご記入ください。

なごみ皮フ科クリニック

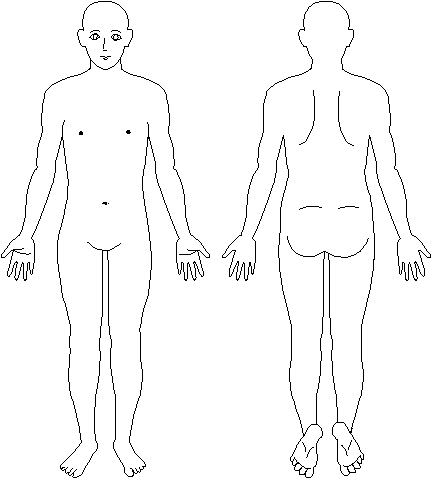
　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日付：　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 生年月日 | 大・昭・平・令・西暦 　　　年　　 月　　 日  （満　　　 歳） | |
| ご氏名 | （ 男 ・ 女 ） | |
| ご住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | 自宅：　　　　　　－　　　　　　　－ | | | | |
| 携帯：　　　　　　－　　　　　　　－　　　　　　　　 本人・母・父・その他（ 　　　　 ） | | | | |
| 体　重 | ｋｇ | 体　温（熱がありそうな場合） | | | ℃ |

◆本日はどのようなことで来院されましたか。　　前回と同じ場合はこちらに✓をいれてください → □

**・いつから**

　　ついさっき ・ 今朝 ・ 昨晩 ・ 昨日 ・ （　　 ）日前 ・ （　　 ）週間前 ・ （　　 ）か月前 ・ （　　 ）年前

**・どこに**

　　右の図に○をつけてください。

**・どのような症状ですか。**

　　かゆい　痛い　ぶつぶつ　赤い　黒い　白い

かさかさ　じゅくじゅく　ニキビ　水虫　タコ・ウオノメ　いぼ

ほくろ　できもの・しこり　キズ・けが　とこずれ　やけど

虫刺され　脱毛　薄毛（男性型脱毛）　汗が多くて困る

　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・そのことで何か治療をしたことがありますか。（ ある ・ ない ）

　　ある方→治療の内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

・本日は診断書をご希望ですか。（ はい ・ いいえ ）

◆現在、他院で通院中もしくは治療中の病気はありますか。（ ある ・ ない ）

　　ある方→具体的に（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

※お薬手帳を持参されている方はご提示ください。

◆現在、服用しているお薬はありますか。（ ある ・ ない ）

　　ある方→どんな薬ですか（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

◆今までに薬や食べ物でアレルギー症状（ショック，発疹，気分不快など）が出たことはありますか。

　（ ある ・ ない ）　ある方→具体的に（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

◆今までに入院したことや、手術を受けたことはありますか。（ ある ・ ない ）

ある方→いつ頃・病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）

◆女性の方へ

・妊娠中ですか。（ はい 〈第　 　週〉 ・ いいえ ）

・授乳中ですか。（ はい ・ いいえ ）