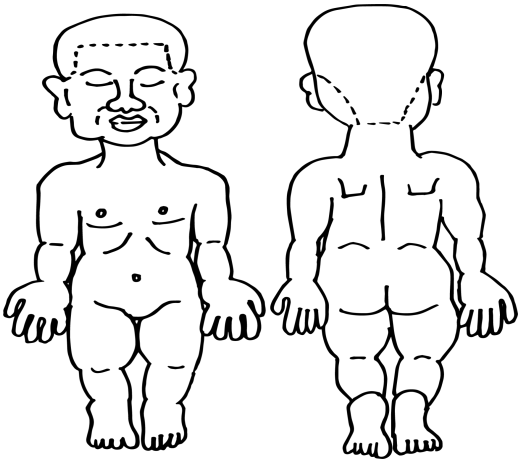
問診票

相模大野
ひかる皮ふ科クリニック
HIKARU SKIN CLINIC

ふりがな		性別	男 ・ 女
ご氏名			
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　月　日（　　才ヵ月）	体重 (お子さんの場合)	kg
住所・電話番号	〒 自宅:　　携帯:　　e-mail		



①いつ頃からお困りですか？
《　　》

②右図に症状のある部分に○を付け、
症状を記入してください
《　　》

③業務上、または通勤による負傷・病気ですか？
はい ・ いいえ

④現在、この症状で治療を受けていますか？
はい ・ いいえ
【はい】の方⇒ 医療機関名《　　》
治療方法 《　　》
※その治療方法でどのような変化がありましたか？
□よくなった □変わらない □その他 《　　》

⑤現在、皮膚科以外の科にかかっていますか？
はい ・ いいえ
【はい】の方⇒ 医療機関名《　　》
病名 《　　》

⑥現在、常用している内服薬・外用薬はありますか？
はい ・ いいえ
【はい】の方⇒ 薬名

⑦今までに、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？
はい ・ いいえ

⑧今までにかかった病気に○印を付けてください。
アトピー性皮膚炎　帯状疱疹　花粉症　アレルギー性鼻炎　喘息　糖尿病　高血圧　心臓病
肝臓病　腎臓病　前立腺肥大　緑内障　その他（　　）

⑨今までに肝機能障害、腎機能障害と指摘されたことはありますか？
いいえ ・ 肝機能障害 ・ 腎機能障害

⑩女性の方のみお答えください
・現在、妊娠中ですか？　はい (現在　　ヶ月) ・ いいえ
・妊娠の可能性がありますか？　はい ・ いいえ
・現在、授乳中ですか？　はい ・ いいえ

⑪当院をどのようにして知りましたか？
□家族・知人 □新聞・雑誌・本など □インターネット □SNS（Instagramなど）をみて
□医療機関からの紹介 □長谷の診察を受けたことがある □その他