

問 診 票

美なみ形成皮フ科

ふりがな									
氏 名				(男 ・ 女)	職業:				
生 年 月 日	明・大・昭・平	年	月	日	生 日 :	年 齡			歳
住 所 下									
電 話(自宅)					(携帯)				

* 交通事故・労災で受診される方は○をつけて下さい。()

●本日はどうされましたか？

痛い・しびれる・つっぱる・はれている・こる・おもい

切れている・その他()

かゆい・痛い・ぶつぶつ・かさかさ・赤み・水ぶくれ・やけど・水虫

ニキビ・いぼ・タコ/魚の目・じんましん・アトピー・その他()

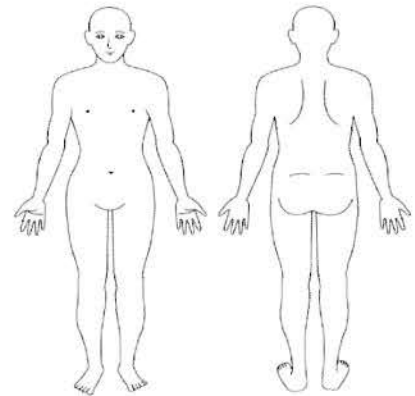
●思い当たる原因は何ですか？

ぶつけた・ひねった・強く押しつけた

その他()・外傷はない

薬・食べ物・化粧品・虫に刺された・特に原因なし

その他()



●症状のある部位に○をつけて下さい。

●いつ頃からですか？()

●この病気・症状に関して、どちらかの病院・医院での治療を行っていますか？

ある (病院名) ない

●かかったことのある病気や持病に○をつけて下さい。

心臓病() 肝臓病() 腎臓病() 肺疾患() 脳疾患() 糖尿病()

高血圧() 喘息() リウマチ() その他()

●現在飲んでいる薬はありますか？

ある (薬品名 :) ない

●薬や食べ物でショックや発疹、アレルギーがでたことがありますか？

ある() ない

●貼り薬 や 塗り薬でかぶれたことがありますか ある・ない

●ペースメーカーや人工関節は入っていますか？ ある・ない

●女性の方におたずねします。該当するものに○をつけて下さい。

①妊娠している ②授乳している ③どちらでもない

ご協力ありがとうございました。診察までしばらくお待ち下さい。