

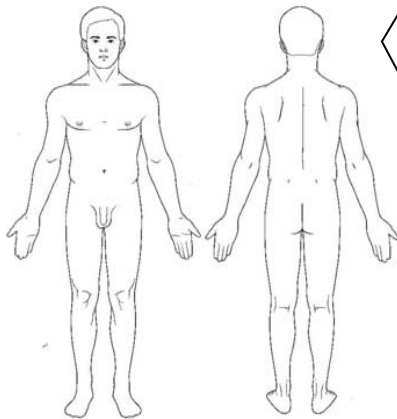
# ✿ 問 診 票 ✿

受付 令和 年 月 日

|                            |   |                  |
|----------------------------|---|------------------|
| フリガナ                       | 男 | 妊娠している可能性が ある ない |
| 氏名                         | 女 | 授乳中で ある ない       |
| 生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日( 歳) |   |                  |
| 住所 〒                       |   |                  |
| TEL 携帯番号                   |   | 職業               |
| 希望連絡先がある場合 TEL             |   |                  |

問1 本日はどのようなご相談でこられましたか？また、下の図の症状がある部位を○で囲んでください。

[ ]



- |          |                    |
|----------|--------------------|
| 1) かゆい   | 10) シミ・シワ          |
| 2) 痛い    | 11) 円形脱毛           |
| 3) はれている | 12) プラセンタ注射        |
| 4) 水疱がある | 13) おしっこをすると痛い     |
| 5) イボがある | 14) おしっこが出にくい      |
| 6) 発疹がある | 15) おしっこが近い(回数が多い) |
| 7) 皮が剥ける | 16) その他            |
| 8) ニキビ   | [ ]                |
| 9) ほくろ   |                    |

\* 症状の経過観察のため、必要時には患部の写真撮影をさせていただきます。

問2 症状はいつ頃からありますか？ ( 年 月 日～・ ヶ月前～・ 日前～)

問3 今まで大きな病気をされたことがありますか？

いいえ・はい(病名 )

問4 現在、何かの病気で治療を受けていますか？

いいえ・はい(病名 )

現在、常用している薬はありますか？ いいえ・はい(薬品名 )

お薬手帳などお持ちでしたら、問診票と一緒にお願いします。

問5 薬や注射の過敏症はありますか？

いいえ・はい(薬品名 )

問6 何かのアレルギーがある、特異体質などと言われた事などありますか？

いいえ・はい( )

問7 どのようにして奥村皮フ科をお知りになりましたか？

- ・ ご家族    ・ 知人の紹介 (ご紹介者名 )
- ・ 看板    ・ ホームページ    ・ インターネット検索    ・ その他 ( )