

わかもり皮膚科クリニック 受付・問診票

年 月 日 曜日 受付番号: 診察券番号:

紹介状, お薬手帳, 福祉医療費受給券, 公費受給者証などをお持ちの方は, 受付にご提出ください

ふりがな

お名前: (男・女)

生年月日: (大・昭・平・令) 年 月 日

ご年齢: 歳 か月 (お子様の場合) 体重 kg g

保険証のご住所: 〒 -

連絡のつきやすい電話番号:

() -

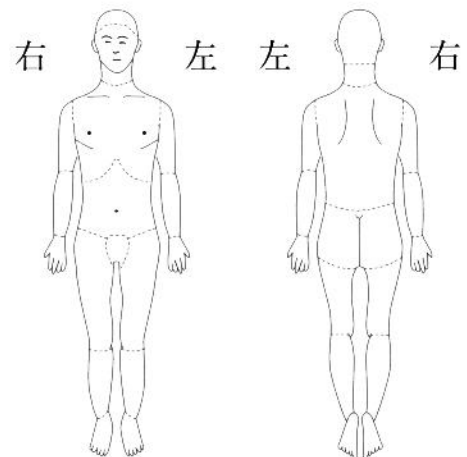
1. 今日はどこが悪くて受診されますか?

(絵に印をつけてください)

2. どんな症状ですか?

- ・かゆい
- ・痛い
- ・かゆみや痛みなし
- ・具体的にお書きください

[]



複数ある場合は症状の最も強い部位をお示し下さい

3. いつ頃からですか?

年 月 日から

(前から)

4. ここに来られる前に治療はされましたか?

いいえ, はい→病院名など ()

お薬の内容 ()

5. ふだんから何かお薬を飲んでおられますか?

いいえ, はい→病名 ()

お薬の内容 ()

6. 薬や食物のアレルギーが出たことはありますか?

いいえ, はい→内容 ()

7. 女性の方におたずねします

現在 妊娠中ですか? いいえ, 可能性あり, はい (か月 週)

授乳中ですか? いいえ, はい

ありがとうございました