

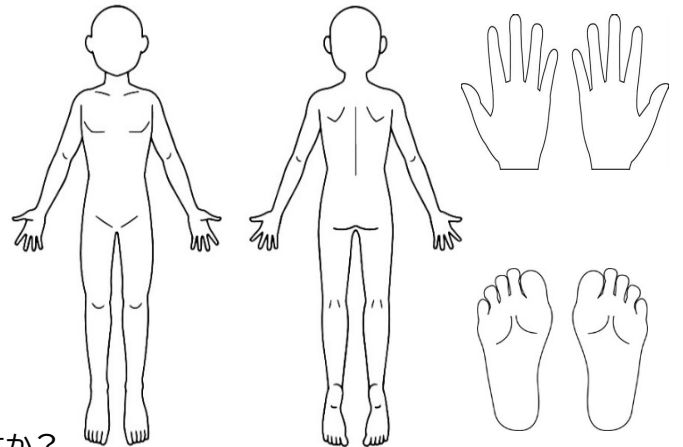
# 小児皮膚科(14歳以下) 問診票

年 月 日

ふりがな			男・女	年齢	歳
氏名	生年月日	H・R	年	月	日
住所	〒 -				
電話番号	携帯:	自宅:	身長	cm	体重 kg

①どのような症状ですか？以下の症状にはレ点を付けて下さい。(図に印をつけてください)

- かゆい  痛い  赤くなっている  カサカサ
- 腫れている  とびひ  アトピー  にきび
- いぼ/水いぼ  ほくろ  できもの  脱毛症
- アザ  湿疹  蕁麻疹  切り傷  擦り傷
- 水虫  巻き爪
- その他( )



②いつ頃から症状がありますか？

- 今日から  昨日から  ( ) 日前から
- ( ) 週間前から  ( ) ヶ月前から  ( ) 年前から

③上記の症状で、これまでに治療を受けられたことはありますか？

- いいえ  はい (病院名: )
- (処方薬: )

④現在治療中の病気はありますか？  いいえ  はい ※お薬手帳の提示をお願いします

「はい」の方→病名:

現在内服中・外用中の薬:

⑤アレルギーをお持ちですか？  いいえ  はい

- ぜんそく  アトピー  金属  花粉  食物
- 薬剤( )  その他( )

⑥ご家族に以下の病気の方はいらっしゃいますか？  いいえ  はい

- ぜんそく  アトピー  乾燥肌 (どなたですか？ )

⑦診療や治療に関するご要望がございましたらご記入ください

⑧来院されたきっかけを教えてください。

- ホームページ  看板  タウン誌  ご家族様の紹介
- 紹介(知人・病院)  その他( )

ご協力ありがとうございました

影山皮膚科クリニック