

(医) もりかわ皮膚科問診表

〒 _____ 住所 _____

ふりがな _____

氏名 _____ □男 □女

電話番号 _____ 生年月日 M T S H R. _____

体重 _____ Kg : 15歳以下の方のみご記入下さい。

1 当院受診のきっかけを教えてください。□クチコミ □ウェブ □その他(_____)

2 現在までにアレルギーの病気にかかったことがありますか？

□アレルギー性鼻炎 □アレルギー性結膜炎 □ぜんそく □じんましん □アトピー性皮膚炎

3 血のつながりがある方でアレルギーの病気の方がいますか？ 誰が(_____)

□アレルギー性鼻炎 □アレルギー性結膜炎 □ぜんそく □じんましん □アトピー性皮膚炎

4 現在までにかかったことがある病気を教えてください。

□緑内障 □前立腺肥大 □糖尿病 □高血圧 □腎臓病 □心臓病 □その他(_____)

5 薬で何か異常（発疹、気分が悪くなる、ショック）が起こったことがありますか？

□はい □いいえ ■はいの場合、その薬の名前を書いて下さい。(_____)

6 風邪薬などの薬を飲んで眠くなったことがありますか？ □はい □いいえ

7 妊娠・授乳について教えてください。□妊娠中 □妊娠可能性あり □授乳中 □その他

8 現在、治療中の病気とのんでいる薬を教えてください。

病名：

薬：

9 「皮膚病」ができている場所はどこですか？ (_____)

10 いつ頃からできていますか？ (_____)

11 かゆみはありますか？ □はい □いいえ

12 痛みはありますか？ □はい □いいえ

13 現在の皮膚病で今までに受診したことがあれば詳しく書いて下さい。病院名：

経過・治療内容：