

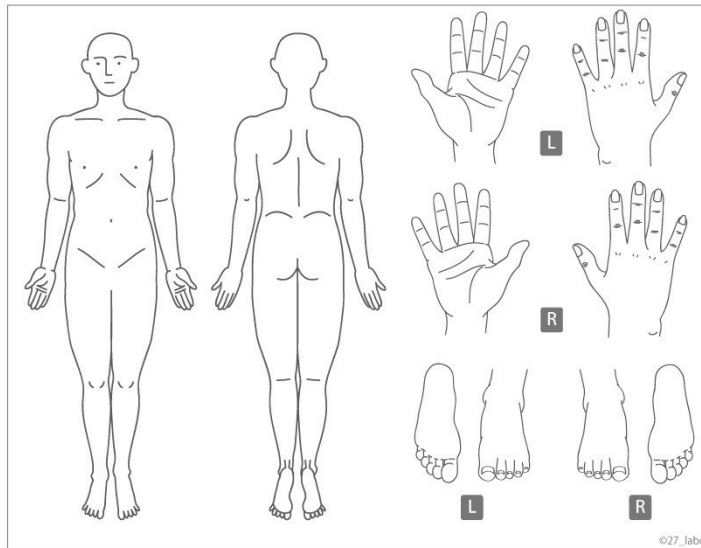
皮膚科カメリアクリニック 問診票

ふりがな	
お名前	(男・女)
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 ()歳
ご住所	〒(-)
連絡先	電話番号 (-)
	緊急連絡先 (-)

** お薬(内服・外用)・食べ物等、アレルギーがある方は 必ずご記入ください。
(なし・あり) お薬・食品名()

本日は、どうなさいましたか。

* いつからですか。(月 日 曜日)から
(年、 カ月、 週、 日)前から (歳)から
* 部位に○をつけてください。



* 症状 下記の該当するものに○をつけてください。
症状がでてから、発熱がありましたか。(なし・あり)(°Cの発熱だった)

かゆみ・肌の乾燥・アトピー性皮膚炎・じんましん・にきび・帯状疱疹・水虫・いぼ
赤み・痛み・腫れ・むくみ・水ぶくれ・虫刺され・やけど・けが・日やけ・しみ
ほくろ たこ・うおのめ・巻き爪・できもの・白斑・脱毛症・多汗症
あせも・おむつかぶれ・しらみ・とびひ・手足口病・みずぼうそう
美容、化粧品の相談・ピアス・フットケア その他()

* 特にご心配なことや、医師に聞いておきたいことはございますか。
()裏面あり

* 上記について、他院で治療をお受けになりましたか。(はい・ いいえ)
治療内容・処方薬()

* ご希望の診療をお選びください。
 健康保険の範囲内での治療を希望します。
 健康保険以外の治療についても説明を希望します。
 クリニック取り扱いの化粧品やフットケア商品についても聞いてみたい。
→ どちらに興味がおありですか()

現在、ほかに治療をお受けになっいらっしゃいますか。
病名()
病院名()

* 現在の内服薬・外用薬

1	②	③
4	⑤	⑥
7	⑧	⑨

お薬手帳を、この問診票と一緒に受付へご提示ください。

* 女性の方へ
妊娠していない・妊娠()ヵ月・妊娠の可能性あり・妊娠を希望している
授乳(なし・あり)

* これまでに、どんな病気にかかったり、治療をお受けになられましたか。

特になし
 病名()

* ご家族にアレルギー疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか。
 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎(花粉症) 喘息
 その他()

当院をお選びになった理由をおきかせください。
 他の医療機関からのご紹介 (医院名)
 知人・家族の紹介 家が近いから 職場に近いから 朝 8:30 から診療している
 女性医師による診察 ホームページをみて その他()

ご記入くださいますて、ありがとうございました。
皮膚科カメリアクリニック