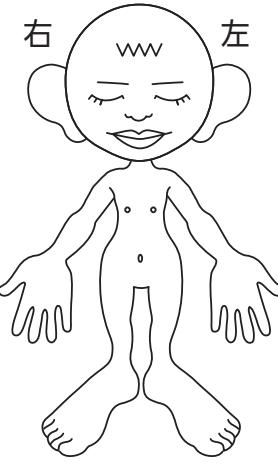
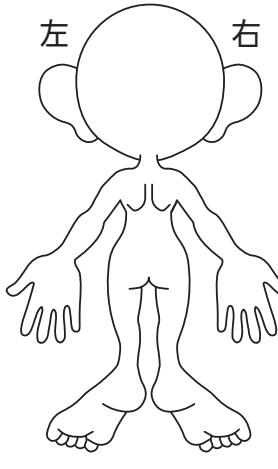


皮膚科外来問診票

(あてはまるものに☑ チェックをいれてください)

No.

氏名 (フリガナ)		・どの部位に (下図に○をつけてください)	
生年月日 昭・平 年 月 日 生 歳 男・女		 	
住所 〒 市・町			
電話番号 - -			
仕事内容 例) パソコン操作・営業(外回り)・飲食店(水道使用)・現場作業員(建設関係)			
身長 cm	体重 kg		
医師に伝えておきたいことがありますたらご記入ください			
アレルギー <input type="checkbox"/> 無し・ <input type="checkbox"/> 有り ()			
1. いつごろからどのような症状でお困りですか? <input checked="" type="checkbox"/> いつ頃から () <input checked="" type="checkbox"/> どのような症状で <small>* アトピー性皮膚炎・ニキビの症状の方は裏面もご記入ください</small>			
数字に○をつけてください。  <input checked="" type="checkbox"/> 痒い 0 1 2 3 4 5 <input checked="" type="checkbox"/> 痛い 0 1 2 3 4 5			
2. 今回の皮膚病の原因として思い当たる事がありますか? 例) 薬、食べ物、化粧品、仕事、どこかに出かけた、など			
3. 上記の症状で現在あるいは過去に治療をうけていますか? (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ) はいの方… <input type="checkbox"/> 当院・ <input type="checkbox"/> 他院 (病院名) 治療法 またその治療法でどのような変化がありましたか? (<input type="checkbox"/> よくなった <input type="checkbox"/> 悪くなった <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> その他 ())			
4. 現在常用している内服薬および外用薬はありますか? (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ) 「はい」の方… <input type="checkbox"/> 内服薬 () ・ <input type="checkbox"/> 外用薬 ()			
5. 生活習慣についてお答えください ● 酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (毎日・週 回・ mL) ビール・焼酎・日本酒・その他 () ● たばこ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本) ● 運転 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (仕事で毎日・通勤で毎日・休日のみ・その他) ● 食事 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 (具体的に: 1日 食)			
6. 今までかかった病気についてお答えください <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 ()			
7. 女性の方のみお答えください 現在生理中ですか? (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ) ・ 現在妊娠中ですか? (<input type="checkbox"/> はい 「 ケ月 」 ・ <input type="checkbox"/> いいえ) 現在授乳中ですか? (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ) ・ 妊娠の可能性がありますか? (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)			
8. 治療に関してはいざれでどうか? <input type="checkbox"/> 保険適用内 ・ <input type="checkbox"/> 必要であれば自費 + 保険でもかまわない。			
9. 当院でご興味のある治療やご相談したいことはございますか? (複数回答可) ① <input type="checkbox"/> しみ ② <input type="checkbox"/> しわ ③ <input type="checkbox"/> たるみ ④ <input type="checkbox"/> 禁煙 ⑤ <input type="checkbox"/> ダイエット ⑥ <input type="checkbox"/> 体質改善、疲労回復 ⑦ <input type="checkbox"/> プラセンタ注射 ⑧ <input type="checkbox"/> にんにく注射 ⑨ <input type="checkbox"/> サプリメント ⑩ <input type="checkbox"/> にきび、にきびあと治療 ⑪ <input type="checkbox"/> わきが ⑫ <input type="checkbox"/> 脱毛 ⑬ <input type="checkbox"/> 育毛 ⑭ <input type="checkbox"/> 加圧トレーニング ⑮ <input type="checkbox"/> 心療内科 ⑯ <input type="checkbox"/> 健康診断 ⑰ <input type="checkbox"/> その他 ()			
10. どのようにしてヒロクリニックを知りましたか? <input type="checkbox"/> 以前通院した事がある <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 紹介 (<input type="checkbox"/> 知人 ・ <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> バス広告・タウンページ <input type="checkbox"/> その他 ()			

お答えいただき有難う御座いました。

ヒロクリニック 皮膚科・形成外科