

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	
<input type="checkbox"/> 医師に伝えておきたいことがありまし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?		数字に○をつけてください。	
◆ いつ頃から (_____)		無 _____ 眠れない程 0 1 2 3 4 5	
◆ どのような症状で _____		◆ 痒い _____	
※ 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		◆ 痛い _____	
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受けていますか? (<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「 _____ ヶ月」・ <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) ・ 妊娠の可能性はありますか? (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ)			
8. 治療に関してはいずれでしょうか?			
<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)			
<input type="checkbox"/> ①しみ <input type="checkbox"/> ②しわ <input type="checkbox"/> ③たるみ <input type="checkbox"/> ④禁煙 <input type="checkbox"/> ⑤ダイエット <input type="checkbox"/> ⑥体質改善、疲労回復 <input type="checkbox"/> ⑦プラセンタ注射 <input type="checkbox"/> ⑧にんにく注射 <input type="checkbox"/> ⑨サプリメント <input type="checkbox"/> ⑩にきび、にきびあと治療 <input type="checkbox"/> ⑪わきが <input type="checkbox"/> ⑫脱毛 <input type="checkbox"/> ⑬育毛 <input type="checkbox"/> ⑭加圧トレーニング <input type="checkbox"/> ⑮心療内科 <input type="checkbox"/> ⑯健康診断 <input type="checkbox"/> ⑰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