

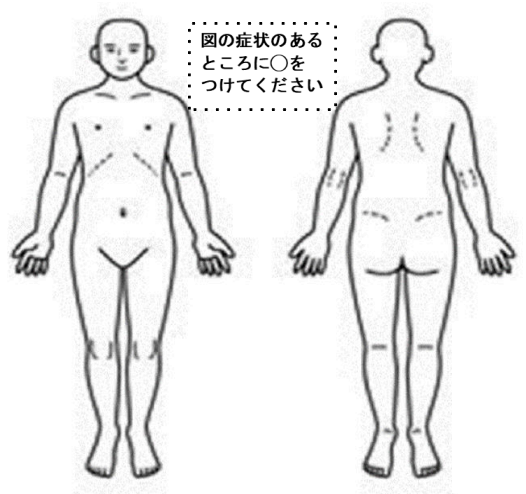
※当院から連絡する際に必要となる大切な情報です。楷書で丁寧に記入ください。

ご記入日
年 月 日

皮膚科問診票

医療法人メディカルビットバレー
エールホームクリニック

フリガナ		生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性
お名前			(歳)	<input type="checkbox"/> 女性
ご住所	〒	電話①	日中連絡をとれる番号： — —	
		電話②	— —	

ご自宅での体温		℃	 <p>図の症状のあるところに○をつけてください</p> <p>小学生以下の方は体重もご記入ください () kg</p>
現在の症状について	いつから		
	どんな具合	例) かゆい、ヒリヒリする等	
<input type="checkbox"/> 自由診療希望 (下記希望するものに○をしてください) 脱毛、シミ、男性型脱毛症、ピーリング、ピアス、その他 ↓ (脱毛希望の方は他に問診票を記入していただきます。受付にお申し出ください。)			
女性の方へ	あてはまる場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックをお願いします ※ 当てはまる方は自由診療の施術内容に制限があります <input type="checkbox"/> 妊娠中 () カ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中		
現在治療中の病気	病名： 通院先：		
過去に治療を受けた病気や手術	病名・手術： 時期：		
アレルギーについて	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 薬・食物 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
喫煙について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： 1日あたり 本を 年間 (歳 ~ 歳)		
飲酒について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：お酒の種類 ()、1回量 ()、週 () 日		

お薬手帳	<input type="checkbox"/> あり⇒問診票とともに受付に提出をお願いします <input type="checkbox"/> なし⇒のんでいるお薬がありましたら、下にご記入ください ()
------	--