

※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。

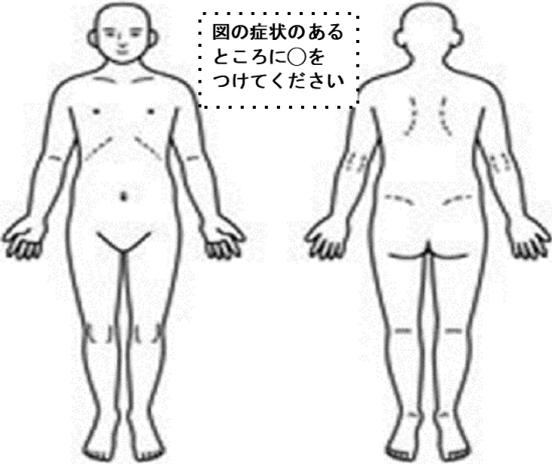
ご記入日
年 月 日

医療法人メディカルビッドバレー

エールホームクリニック

## 皮膚科問診票

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

現在の症状について	いつから		 <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>
	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 (シミ、男性型脱毛症、ピーリングなど) ※同日に保険診療を受けることはできません。		

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
--------	---

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 <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
-------	---

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 ( )
------	--