

診察に必要な情報ですので可能な限り詳細にご記入下さい。

永田皮膚科 問診票

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	T・S・H・R 年 月 日		
住所	〒				
電話番号	自宅電話: ()	↓薬の投与量計算などに必要な情報のため必ずご記入下さい			
	携帯電話: ()	体重	kg		

Q1. いつから、どこに、どのような症状がありますか？

例:(約2週間前)から、(頭)に、(痒みがある)。

- ① ()から、()に、()。
- ② ()から、()に、()。
- ③ ()から、()に、()。

Q2. 以下の疾患の合併・既往はありますか？ ○で囲んで下さい(複数可)。

糖尿病 / 緑内障 / B型肝炎 / 結核 / 前立腺肥大症 / 胃・十二指腸潰瘍 / 高血圧 / 高脂血症
心臓病 / 脳神経疾患 / 肺疾患 / 脳・神経疾患 / 肝臓病 / 腎臓病 / 精神疾患
アレルギー疾患(アトピー・喘息・蕁麻疹・花粉症) / その他[]

Q3. 現在服用しているお薬を記載して下さい(市販薬や塗り薬、健康食品なども含める)。

Q4. アレルギーまたは副作用歴はありますか？ (はい・いいえ)

*はいの場合は該当するものを○で囲んで下さい(複数可)。

くすり / 局所麻酔(抜歯の麻酔など) / 食べ物 / 金属 / 内容 [])

Q5. 採血や抜歯などで気分不良や意識消失などを起こしたことがありますか？

(はい・いいえ)

Q6. 心臓ペースメーカーは入っていますか？

(はい・いいえ)

Q7. 女性の方は以下、該当するものに○をつけて下さい。

授乳中 / 妊娠の可能性なし / 妊娠の可能性あり / 妊娠中[]ヶ月

Q8. たばこを吸いますか？ (はい・いいえ) はいの場合1日 本を 年間

Q9. アルコールについて… (まったく飲まない / 機会飲酒 / 毎日飲む)

問診時間・待ち時間の短縮につながりますので記入漏れがないか再度ご確認下さい。

《備考欄》