

高尾駅南口皮膚科問診票

年 月 日

フリガナ		生年月日	T · S · H · R
お名前	男 女	年 月 日 (歳)	
		※15歳未満の方は体重をご記入下さい (kg)	
ご住所	〒 —		
	電話 ()	携帯 ()	

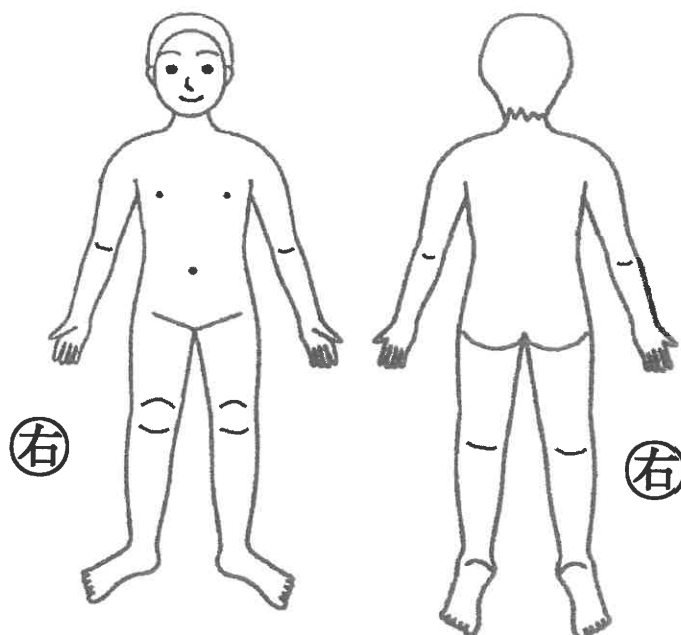
1. 本日診察をご希望される部位を右図に○で囲んで下さい

・症状が出てきたのはいつからですか？

()

・どのような症状ですか？

()



2. これまでや現在に、かかった病気、通院中の病院等ありましたら、○で囲むかご記入下さい

緑内障 気管支ぜんそく 透析中 高血圧 心臓病 脳梗塞 糖尿病
肝臓病 腎臓病 花粉症 アトピー性皮膚炎 植込式ペースメーカー
その他 ()

病院名 ()

3. 現在、市販薬も含め、常用されている内服及び外用薬があればご記入下さい

内服 ()

外用 ()

4. これまでお薬でアレルギー症状等、**合わなかったもの**があればご記入下さい

()

5. 女性の方へ

妊娠中ですか？ (はい (第 週) ・ いいえ) 授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

ご記入ありがとうございました。