

有明ひふかクリニック 皮膚科問診票

記入日：20 年 月 日

ふりがな _____

患者氏名 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 月 日

代諾者署名 _____ 携帯番号 _____ (_____)

〒 _____ 住所 _____

★本日、相談したい内容を教えてください。

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> あざ（赤・青・茶・黒） | <input type="checkbox"/> かゆい | <input type="checkbox"/> いたい |
| <input type="checkbox"/> 腫瘍（できもの） | <input type="checkbox"/> 外傷（きず） | <input type="checkbox"/> 瘢痕（きずあと） |
| <input type="checkbox"/> 熱傷（やけど） | <input type="checkbox"/> ケロイド | <input type="checkbox"/> 爪 |
| <input type="checkbox"/> ほくろ | <input type="checkbox"/> わきが | <input type="checkbox"/> にきび |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | | <input type="checkbox"/> ニキビ跡 |

★場所はどこですか（ _____ ）

★いつ頃からですか

- 生れた時から
（ _____ ）頃から

★どこかで治療を受けましたか

どこで（ _____ ）どんな治療を

★今までに薬のアレルギーが出たことはありますか。

- はい 薬： _____
いいえ ※お薬手帳をお持ちの方は診察室にてお渡してください。

★今飲んでいる薬はありますか

（ _____ ）

★かかっている病気がありますか

（ _____ ）

★お子様のみ体重の記入をお願いします。（ _____ k g）

★女性のみ記入をお願いします。 現在妊娠中 授乳中 いいえ

以下は当院が初めての方のみご記入ください。

★当院を知ったきっかけは何ですか？（複数回答可）

- 家族が通っている（通っていた） 友人・知人の紹介 公的機関・医療機関からの紹介
ホームページから インターネット広告をみて クリニックを見て・道で見かけて
看板を見て（電柱看板 道の看板 シビックセンターデジタルサイネージ その他）
SNSなどを見て LINE@のお知らせを見て テレビ放映を見て
新聞・雑誌を見て 当院のチラシ・ティッシュをもらった
その他（ _____ ）