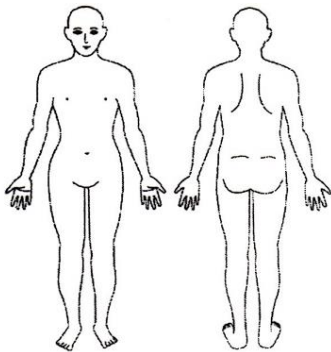


大嶋皮膚科クリニック 問診票

--

フリガナ お名前		年齢	歳	か月	体重	kg
ご住所	〒	電話	自宅			
			携帯			

- ① いつ頃からどのような症状がありますか？ ・いつ頃から ()
 ・どのような症状がありますか？



(症状のある部位下さい。)

- ② 原因として思い当たることはありますか？ はい→ () ・ いいえ
- ③ 以前に同じような症状はありましたか？ はい→それはいつ頃ですか？ () ・ いいえ
- ④ 何か治療をしましたか？ (薬手帳などをお持ちであれば受付にご提出下さい。)
 はい→ () ・ いいえ
- ⑤ 今までに内服薬・注射、麻酔、食物でアレルギー症状が出たことはありますか？
 はい→ () ・ いいえ
- ⑥ 風邪薬やアレルギーの薬で眠くなったことはありますか？
 とても眠くなる・すこし眠くなる・全く眠くならない・わからない
- ⑦ 車やバイクの運転はされますか？ 毎日運転する・時々運転する・運転しない
- ⑧ 今、持病がありますか？あるいは今までに大きな病気はしましたか？
 はい→アトピー性皮膚炎・気管支喘息・花粉症・緑内障・前立腺肥大症・高血圧・糖尿病・胃潰瘍・
 その他 () ・ いいえ
- ⑨ 今、何か薬を飲んでいますか？ (薬手帳などをお持ちであれば受付にご提出ください。)
 はい→ () ・ いいえ
- ⑩ 女性の方のみ。今、妊娠していますか？ はい→ () 週目) ・ いいえ
 今、授乳中ですか？ はい・ いいえ