

吉島ましの皮膚科クリニック 初診問診票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 (男・女) 職業 \_\_\_\_\_

生年月日 (明・大・昭・平) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

(未成年者等の場合：保護者名 \_\_\_\_\_ 患者続柄 \_\_\_\_\_)

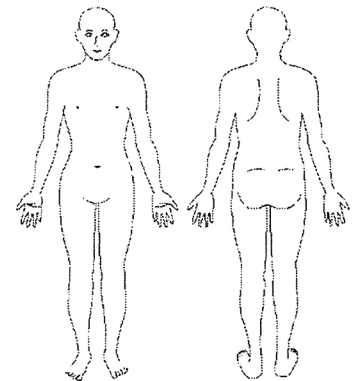
住所 〒 \_\_\_\_\_

携帯電話 ( \_\_\_\_\_ ) 自宅電話番号 ( \_\_\_\_\_ )

○どのような症状ですか？

○部位はどこですか？

(右の図で印しをつけて下さい)



○症状が出たのはいつからですか？ ( \_\_\_\_\_ 年、 \_\_\_\_\_ ヶ月、 \_\_\_\_\_ 週、 \_\_\_\_\_ 日) くらい前から

○この症状の原因に心当たりがあれば具体的に教えてください  ある  ない

○これまで他の病院を受診されたり、自分で治療をしましたが？  はい  いいえ  
はいの場合、病院名・治療内容を教えてください

治療に使用した薬剤を教えてください

○症状の経過はどうですか？  良くなっている  悪くなっている  変わらない  その他

○これまでに大きな病気をしたことがありますか？  あり  なし  
ありの場合、病名等を教えてください

○アレルギーがありますか？  あり  なし  
ありの場合、薬、食べ物、動植物等を教えてください、また、どんな症状がでましたか？

○女性の方のみ  
現在妊娠されていますか？  はい  いいえ (可能性  あり  なし)  
現在授乳されていますか？  はい  いいえ

○心配なこと、特に聞きたいことがあればお書きください