

## シオン皮フ科

## 問 診 票

ドウオ

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳 )	
氏名					
職業				お子様の場合	体重 Kg
住所	〒 —		電話番号	自宅：	
				携帯：	

お薬、食べ物のアレルギーはありますか ある場合は原因の名前をお書きください

いいえ はい →

車、バイク、機械の運転、細かい作業や危険な作業はされますか

いいえ はい

妊娠されていますか いいえ はい → 出産予定日： 年 月 日

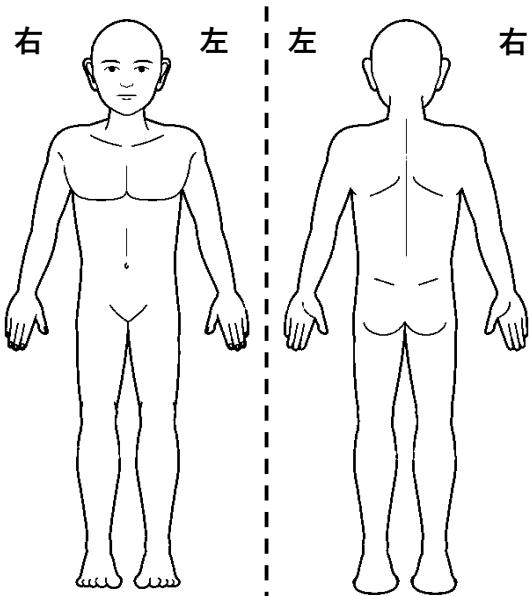
授乳されていますか いいえ はい

## ● 本日はどうされましたか

- ① 症状のあるところ（人体図）に○印をしてください →  
 ② 症状はいつからですか

## ③ どのような症状ですか

かゆい 痛い 赤い ブツブツ カサカサ・乾燥  
 肿れている 水ぶくれ あざ しこり 傷・ケガ  
 やけど 虫に刺された ニキビ じんましん 多汗  
 ほくろ ヘルペス いば タコ・うおのめ 水虫  
 その他 ( )



- ④ 今回のことでのほかの医療機関で治療を受けましたか

いいえ はい

医療機関名 \_\_\_\_\_

どのような

## ● 現在、次の病気で治療を受けていますか、ある場合は○またはお書きください

いいえ はい → 高血圧 糖尿病 ぜんそく 緑内障 前立腺肥大  
 心臓病 ( ) 肝臓病 ( ) 腎臓病 ( )  
 アトピー性皮膚炎 皮膚疾患 ( ) その他 ( )

## ● 現在、内服されているお薬はありますか

いいえ はい → ☆お薬手帳を医師に提示して下さい☆

## ● 過去に大きな病気や手術・治療を受けたことがある場合はお書きください ( )

## ● 当院をどちらでお知りになりましたか

1. 受診歴がある 2. 家族 3. 友人・知人 4. 近所・通りすがり 5. 当院の姉妹クリニック（シオン・ノア・ルカ・ドウオ・セシル・マリア） 6. 労災病院（皮膚科・他科） 7. 5.6.以外の病院 ( )  
 8. 薬局 9. 情報センター 10. インターネット、ホームページ 11. その他 ( )