

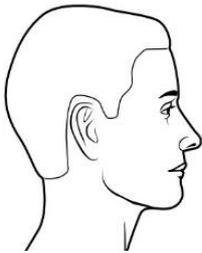
# ふらの皮フ科 問診票

(わからないところは空欄でかまいません)

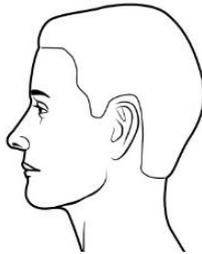
ふりがな				生年月日(大正・昭和・平成・令和)	年齢	性別
氏名				年 月 日	歳	男・女
住所	〒				身長	体重
					cm	kg
職業	電話番号		携帯電話			

症状のある部位に○をつけてください。

右



左

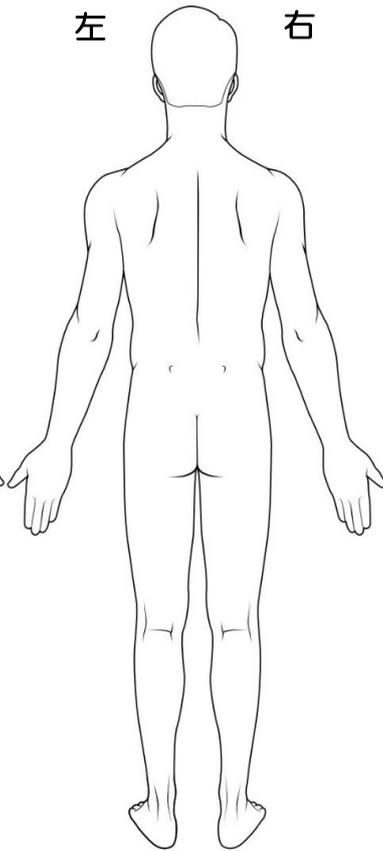
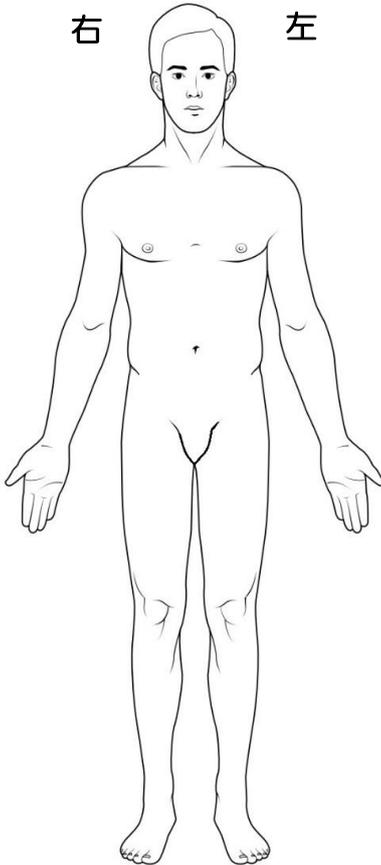


右

左

左

右



## \* 今日はどうされましたか？

いつからですか？

[ ]

どのような症状ですか？

- かゆみ いたみ できもの  
やけど 水虫 虫さされ かぶれ  
シミ ほくろ ピーリング

[ ]

**※ 仕事上の怪我・事故の時はお知らせ下さい**

原因は何ですか？(事故・労災)

[ ]

## \* アレルギー(有り・無し)

(薬・動物・植物・食物・金属等、詳しく)

[ ]

例：造影剤・犬・ホコリ等

## \* 現在、治療中の病気(有り・無し)

病名・肝炎・HIV等の感染症もお書き下さい。

[ ]

## \* 現在、お薬を飲んでいますか？(はい・いいえ)

お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

[ ]

**※ お薬手帳がない方はお書き下さい。**

女性の方	妊娠していますか？	<input type="checkbox"/> はい(妊娠 月)	<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある	<input type="checkbox"/> いいえ
	授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

その他、何かあればご記入下さい。

[ ]