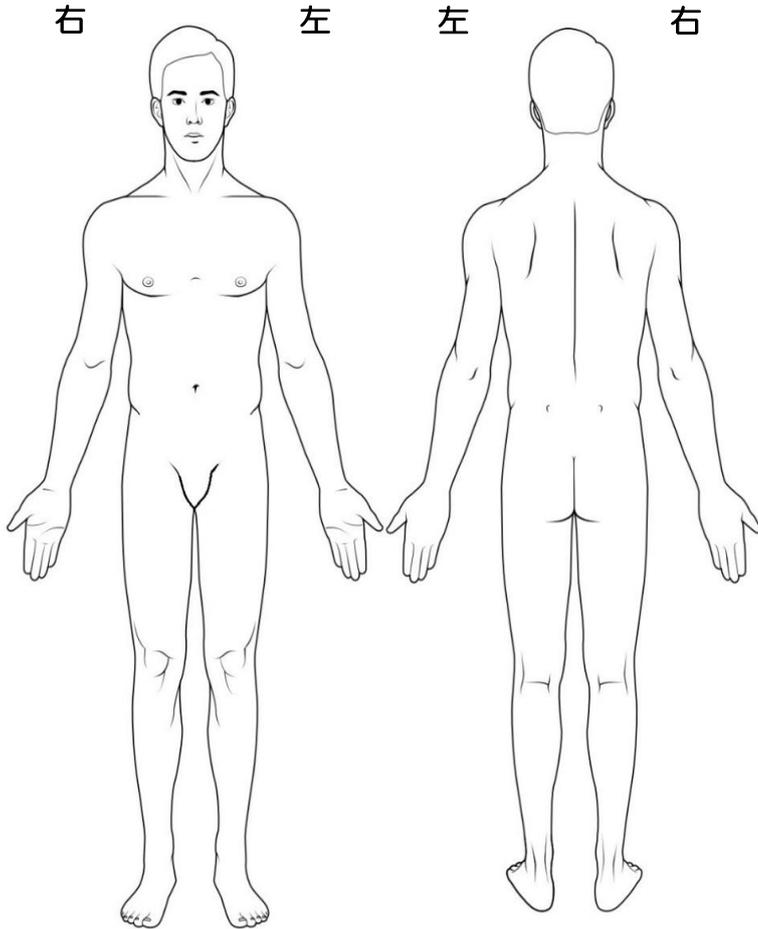
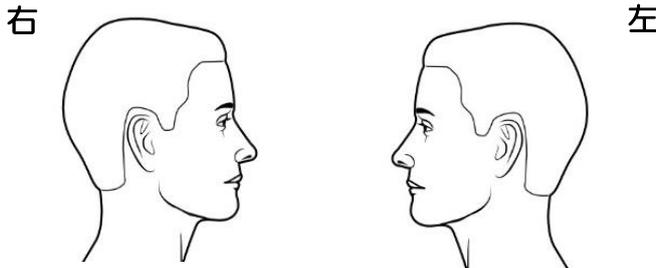


ふらの皮フ科 問診票

(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	自宅電話		携帯電話			

症状のある部位に○をつけてください。



* 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 発疹
やけど 水疱 虫さされ かぶれ
脱毛症 多汗 水虫 巻き爪
ニキビ シミ ほくろ その他

[]

原因は何ですか？(不明・労災・事故)
 ※工作中的の怪我(労災)・交通事故の時はお知らせ下さい
 ※労災は保険適用不可の為、10割負担になります

[]

* アレルギー(有り・無し・不明)

(薬・金属等、内容を詳しく記入下さい)

[]

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

[高血圧症 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病
アトピー性皮膚炎 ・ 花粉症]

* 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
お持ちでない方は薬名をお書き下さい

[]

女性の方	妊娠していますか？	<input type="checkbox"/> はい(妊娠 月)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある
	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。				