

医療法人 孝佑会 大通じんぼ皮膚科 問診表

年 _____ 月 _____ 日 _____

フリガナ

○お名前 _____

○郵便番号 _____

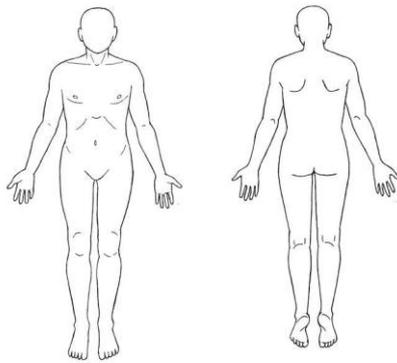
○住 所 _____

○電 話 (_____) _____ ○携 帯 (_____) _____

○生年月日 M・T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

○身長 _____ cm 体重 _____ Kg

今日診察を受けたい所全てに○印をつけて、できたら困っている事を書いてください。



以下の質問に、わかる範囲でけっこうですので、お答えください。

○いつごろから症状が出ましたか？ _____ から

○かゆみはありますか？ (ある / ない)

○痛みはありますか？ (ある / ない)

○ここに来る前に、何か治療をしましたか？ (した / しない)

どこで (病院 / 薬局 / 自宅) 薬の名前 (_____)

○今まで薬を飲んで(または食べ物を摂取して)異常が出たことがありますか？ (ある / ない)

ある方は薬・食べ物の名前 (_____)

○現在妊娠していますか？ (はい / いいえ)

○過去あるいは現在に、つぎの病気にかかったことがありますか？

気管支喘息 アレルギー性鼻炎 じんましん がん

B型肝炎 (抗原 抗体) C型肝炎 (抗原 抗体) その他 (_____)

○現在この病気以外で飲んでいるくすりがありますか？ (ある / ない)

ある場合は病院名、病名、薬の名前を可能な限り全て書いてください。

病院名 [_____]

病名 [_____]

薬 [_____]

※ 裏にも質問がございます

○今まで大きな病気をされましたか？（ はい / いいえ ）

はいの方は病名と年齢をご記入ください。

病名 _____
年齢 _____ 才 _____ 才 _____ 才

○ご家族の方のご病気についてお分かりいただける範囲でご記入ください。

父方祖父	病名	_____	年齢	_____	才
父方祖母	病名	_____	年齢	_____	才
母方祖父	病名	_____	年齢	_____	才
母方祖母	病名	_____	年齢	_____	才
父親	病名	_____	年齢	_____	才
		_____	年齢	_____	才
母親	病名	_____	年齢	_____	才
		_____	年齢	_____	才
兄弟姉妹	病名	_____	年齢	_____	才
		_____	年齢	_____	才
		_____	年齢	_____	才
		_____	年齢	_____	才

○その他、診察やお薬の処方に関しご希望・注意事項がありましたらご記入ください。

[_____]

○最後に、アンケートにお答えください。

当院をどちらでお知りになりましたか？（○をつけてください）

- ・家族から紹介されて
- ・知人から紹介されて
- ・新聞、広告を見て
- ・インターネットで
- ・地下鉄の看板をみて
- ・通りすがり
- ・その他（ _____ ）

この用紙は受付に出してください。

お答えいただいた内容について受付でお聞きすることがありますがご了承ください。

※ご提供いただいた患者様の個人情報、当院での診療のみに利用させていただきます。

また、患者様の了解を得た場合や法令の定める場合等を除き、患者様の許可なくその情報を第三者に提供いたしません。

ご協力ありがとうございました。

大通じんぼ皮膚科
〒060-0042 札幌市中央区大通西 17 丁目 1-27
札幌メディケアセンタービル 4 階
TEL:011-618-1212