

ねもと皮膚科 問診票

ふりがな	生年月日 <small>明・大 昭・平 令</small> 年 月 日
お名前	() 才
住所 (※初めての方と変更ある方のみご記入下さい) 〒 -	(※お子様のみご記入ください) 身長 cm / 体重 kg
電話番号 ご自宅: ()	携帯: ()

◆今、どのような症状ですか？

受診日 令和 年 月 日

①症状が出ているところを、右の図で示してください。

②どのような症状ですか？ 該当する項目に、印を付けてください。

かゆい 痛い ニキビ はれている しこり ケガ やけど
ホクロ ピアス その他の症状 ()

症状の箇所に
印を入れてください

③症状は、いつごろから出ていますか？

()

④コロナワクチン接種をしたことがありますか？

ないある → 回数 回目 (最終接種日 年 月 日)

⑤美容の相談(保険外治療)本日ご希望ですか？

はい → 美容問診票をご記入ください。いいえ

※“はい”の場合は自費初診料¥3,300-再診料¥2,200-別途かかります。

◆現在、別の治療を受けたり、何か薬を飲んでいますか？

該当する項目に、印を付けてください。治療は受けていない治療を受けている 病院名 ()薬は何も飲んでいない現在、病院で処方された薬を飲んでいる 薬の名前 ()

※お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡し下さい。

※当院での診療経過中で他院でのお薬の処方や変更があれば必ず医師に直接お伝え下さい。

◆これまでに大きな病気はありますか？ 該当する項目に、印を付けてください。ない ある 病名 () 緑内障 前立腺肥大

◆これまで、食べ物や薬などによってアレルギー症状が出たことはありますか？

該当する項目に、印を付けてください。ない ある [食べ物の名前 ()][どんな薬で？ 貼り薬 ぬり薬 飲み薬 薬の名前 ()]◆現在妊娠中(妊娠の可能性を含む)ですか？ はい いいえ *はいの方(出産予定日は R 年 月 日)

※妊娠された場合は必ず医師にお伝え下さい。

◆現在授乳中ですか？ はい いいえ◆当院をどちらで知りましたか？ 該当する項目に、印を付けてください。通りがかり ホームページを見て ご親族・ご友人などの紹介 ()他の病院からの紹介 病院名 ()その他 () 以前来院したことがある