



初診 問診票

記入日：平成 年 月 日

ふりがな お名前	生年月日（明・大・昭・平） 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女
ご住所（〒 - ）		電話番号	
★緊急連絡先★（検査の異常、忘れ物があった場合など必要といたします。必ずご記入ください。）			
日中連絡がつく番号 Tel：（ ）：携帯電話・勤務先・その他（ ）			

皮膚科のご相談 泌尿器科のご相談

- どんな症状で来院されましたか？
()
- いつ頃から症状がありますか？
 昨日もしくは今日の（ ）時から 1ヶ月以上前から 具体的に（ 月 日）から
- 今回の症状について、他の病院で診療を受けましたか？治療を受けていれば内容を記入して下さい。
()
- 過去に大きな病気やケガにかかった事がありますか？
()
- 現在治療を受けている病気がありますか？お薬の内容がわかる場合は薬名も記入して下さい。
()
- 薬や食べ物でアレルギー（体が痒くなったり、気分が悪くなったりしたこと）がありますか？
()
- 今回の病状に関して、心配な事がありますか？是非聞いておきたいことがありますか？
()
- 治療や投薬についての確認です。
 - ステロイド使用について / できれば使いたくない 特に問題なし
 - ジェネリック医薬品について / できれば使いたい 特に希望なし

女性の方に伺います。

- 現在妊娠していますか？ いいえ ・ はい（ 月 ） ・ わからない ・ 妊娠希望あり
- 現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい

当院をどこでお知りになりましたか？

- (1) 他の病院（ ）の紹介 (2) 知人・家族（ ）の紹介
- (3) ホームページ・検索サイト (4) 立て看板・その他（ ）

※紹介状やお薬手帳をお持ちであれば問診票と一緒に提出して下さい。