

問診表・診察申込書

ふりがな
お名前

令和 年 月 日

性別 ()

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

年齢

住所 〒

TEL(携帯)

●今日診察を受けたい部位に○をつけてください

●どのような症状ですか？

かゆい 痛い しこり その他()

●いつ頃から症状がありますか？

()から

●上記の症状で何か治療はされましたか？

その内容()

使用した薬()

●お仕事や通勤中に起こった事故やけがですか？

はい いいえ

●他に病気はありますか？内服中の薬はありますか？

糖尿病 高血圧 高脂血症 痛風 前立腺肥大 緑内障

心疾患 悪性腫瘍 ぜんそく その他()

内服中の薬の名前を記載するか、お薬手帳を提出してください()

●アレルギーはありますか？

薬() 食べ物() その他()

●女性の方へ 妊娠中ですか？

はい 妊娠()週 いいえ(妊娠の可能性 あり なし)

●女性の方へ 授乳中ですか？ はい いいえ

●当院をどちらでお知りになりましたか？

知人の紹介 家族の紹介 他の医療機関()からの紹介

ホームページを見て インターネットで検索

近所に住んでいて医院があるのを知っていた

通りがかり 医師を以前から知っていた その他()

●ジェネリック医薬品をご希望ですか？

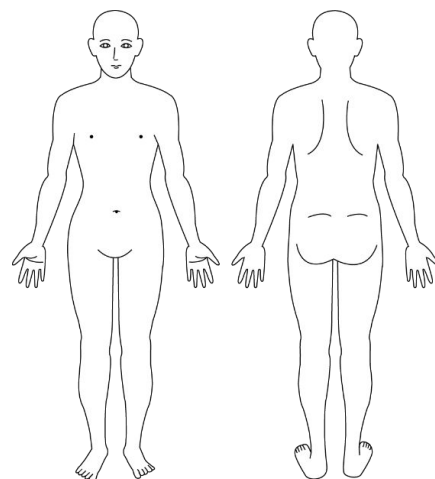
はい(ジェネリック希望) いいえ(先発品希望) どちらでも良い

●マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

はい いいえ

●診察に際し、そのほかご希望がありましたらお書きください

()



いいだ皮膚科

北浦和駅・東口 / 皮膚科・小児皮膚科