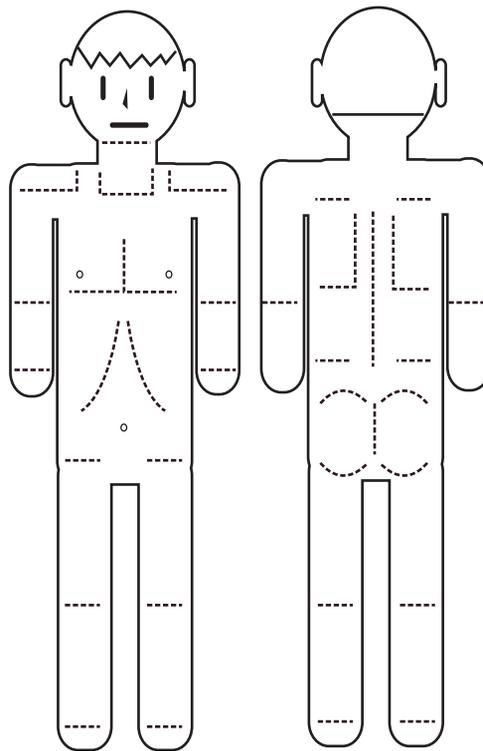


診療申込書

令和 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女
お名前		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (才)	
ご住所		
TEL	携帯	
以前、当院に受診したことがありますか	ない	ある (いつ頃)
現在、服用している薬がありますか	ない	ある (病名)
過去の病気	ない	ある
薬の副作用	ない	ある
アレルギー	ない	ある
血縁関係 (実際に血の繋がりのある方) のアレルギー <small>※兄弟姉妹と両親の病歴・アレルギー歴は重要ですので、ご確認下さい。</small>	ない	ある
医療費明細書の発行	要 ・ 不要	

皮膚科問診票



※体重 kg

1. どのような症状で
ご来院されましたか？

発赤(紅斑) かゆい
痛い しこり
皮膚(毛・爪を含む)の異常
その他()

2. その部位を左図に印で
付けてください

3. それはいつ頃からですか

生まれたときから
年前から
ヶ月前から
日前から

4. そのために飲んだり塗って
いるお薬はありますか？

・ なにかご希望がありましたら、記入して下さい。