

仕事場でのやけど、けがの場合は
必ず受付にお申し出下さい

【問診票】

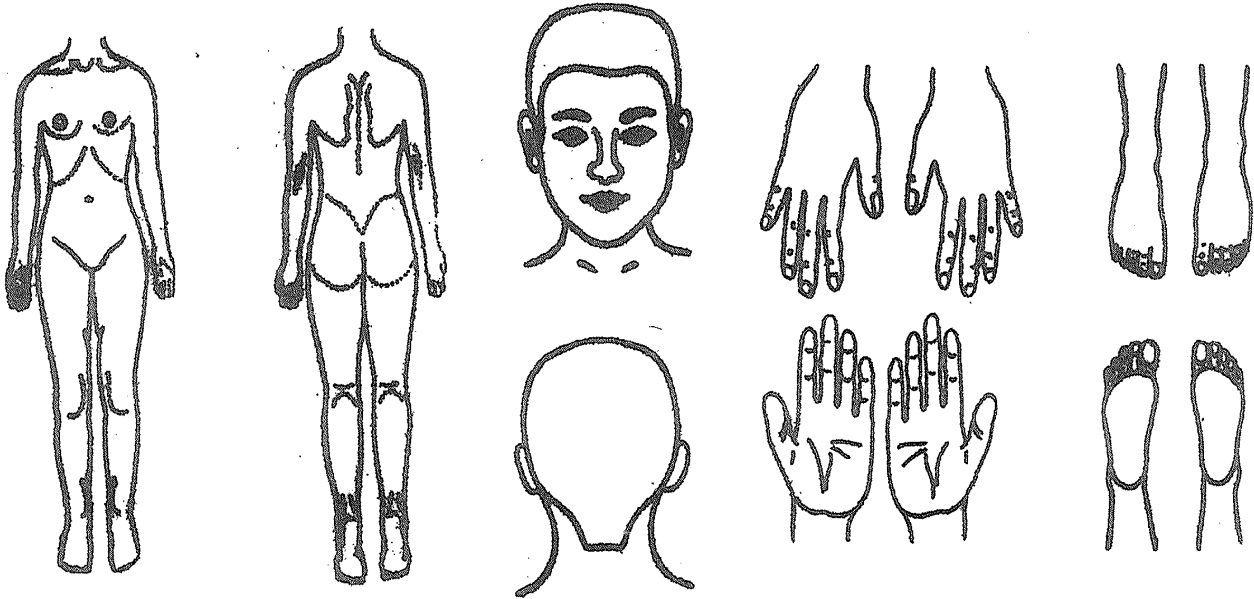
名前	ふりがな	男・女	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	才
住所	〒 - (郵便番号の記入をお願いします)			電話	自宅	-	-	
	都・道 府・県				携帯	-	-	

身長 cm 体重 kg

★本日の症状はいつ頃からありましたか？

() 日前より () 週間前より () ヶ月前より () 年前より

★診察してもらいたい場所はどこですか？○印をつけてください。



★そちらはどのような症状ですか？○印をつけて下さい

かゆい・痛い・ポツポツが出来た・赤くなった・腫れた・しこりがある・じくじくする・ホクロ・シミ・巻き爪
脱毛(抜け毛)・AGA・その他(具体的にお書き下さい)

★その症状で今までに治療を受けましたか？

なし あり 病院名：
薬品名：

◇現在治療中の病気はありますか？

はい 病院名：
いいえ

病名：
薬品名：

◇日常生活についておたずねします

タバコは吸いますか？ はい(1日 本) いいえ
アルコールは飲みますか？ はい(少し・たまにを含みます) いいえ

◇ご婦人のかたへ

現在妊娠中、またはその可能性がありますか？ はい(週目) いいえ 不明 授乳中

◇これまでに薬や注射で何か異常が出たことがありますか？

はい(薬品名：) いいえ

※ 裏面のご記入もお願いいたします

◇今までに次のような病気にかかった事がありますか？○印をつけて下さい
アレルギー性鼻炎・花粉症・ぜんそく・アトピー性皮膚炎・じんましん・糖尿病・緑内障
前立腺肥大症・その他(特別な病気があればお書き下さい)) 特に無し

◇家族の方が次の病気にかかった事がありますか？
アレルギー性鼻炎・花粉症・ぜんそく・アトピー性皮膚炎・じんましん・肝臓病・腎臓病・糖尿病
その他(特別な病気があればお書きください)) 特に無し

◇最後に、よつば皮膚科をどのようにしてお知りになりましたか？
次の項目から当てはまるものに○印をつけて下さい
1. 電話帳(タウンページ) 2. 駅ホームの看板
3. 診療所を外から見て(入り口の看板) 4. インターネット(ホームページ)
5. 家族や知人からの紹介
6. その他:具体的にお書き下さい(本や雑誌等・)

ありがとうございました。尚、紹介状をお持ちの方、現在内服中のお薬・お薬手帳をお持ちの方は、この問診票に添えてお出してください。

★初診の方はカルテ作成のため診察順がずれる事がありますのでご了承ください

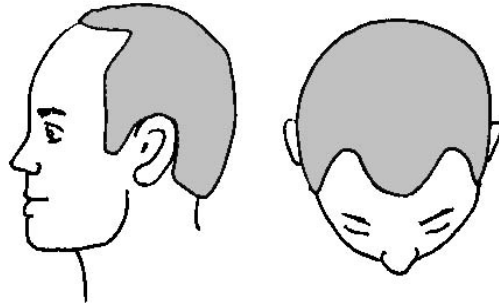
※ AGAについてご相談の方はこちらの間診票もご記入ください

【 プロペシア外来・問診票 】

◇現在の症状について

1. 何歳頃から薄毛が気になり始めましたか？

2. どの部分の薄毛が気になりますか？下の図で、気になる部分を斜線で示してください。



3. 親、兄弟、祖父に脱毛症がありますか？○印をつけてください。

はい いいえ

4. こちらに来られるまでに何か治療を受けられましたか？

はい プロペシア リアップ その他() いいえ

病院名 治療期間()ヶ月 ()年

◇ 健康診断などで肝臓の機能が悪いと言われたことがありますか？○印をつけてください。

はい いいえ