

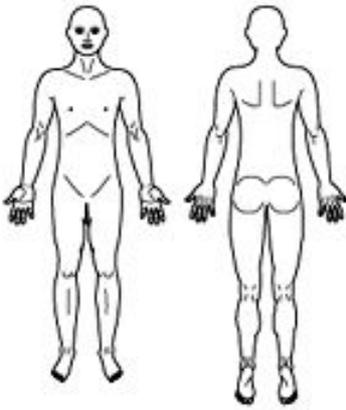
問診カード



年 月 日

1. 今回の症状の部位を下の図にご記入をお願いします。

(矢印でも○でも)



ふりがな
お名前 ()

生年月日 年 月 日

郵便番号 干 _
ご住所

電話番号 ()

2. 自覚症状はありますか？

ない？

ある？ (かゆい？ 痛い？)

3. いつ頃からはじまりましたか？

4. きっかけで思いあたることはありますか？

5. これまでに治療を受けましたか？

いいえ はい (くすり :)

6. 持病、既往症があればお教えてください。

糖尿病、甲状腺、アトピー性皮膚炎、リウマチ (その他)

7. 現在飲んでいる薬はありますか？

8. 薬や食物のアレルギーはありますか？

いいえ、 はい ()

診察に役立てます。御協力ありがとうございました。小阪皮フ科クリニック