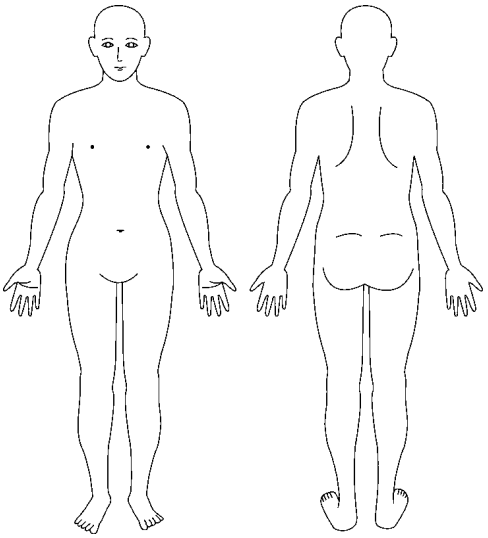
爪と皮膚の診療所 形成外科・皮膚科　問診表

日付　　年　　月　　日

フリガナ			
お名前	（ 男 ・ 女 ）		
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）		
ご住所	〒	職業	
電話番号	自宅	携帯	

身長　　cm　　体重　　ｋｇ

症状の出ている部位に〇をつけてください



◎本日はどうなさいましたか？

（　　）

・それはいつごろからですか？（　　）

※原因が仕事中の怪我・交通事故の場合は、
当院は、労災・自賠責は対応しておりません。
後日の書類等を持参されても記入致しませんので
ご了承お願い致します。　⇒　確認しました。

◎今回のことで他の医療機関を受診したことがありますか？

ない・ある（医療機関名　　）

◎現在飲まれているお薬（市販品を含む）や、サプリメント、
使用している塗り薬などはありますか？

ない・ある（薬名：　　）

※あると答えた方、お薬手帳を受付にお出しください。

◎抗凝固薬（血液凝固阻止剤）を服用中ですか？

いいえ・はい（ワーファリン・バイアスピリン・プレタール・他（　　）

◎今までにかかった病気、または現在治療中の病気はありますか？

ない・ある　　高血圧・高脂血症・糖尿病・痛風・狭心症・緑内障
心筋梗塞・気管支喘息・他（　　）

◎アレルギーが出たことはありますか？

ない・ある（薬（薬名：　　）・麻酔・金属・食物・花粉・化粧品　他（　　）

◎アトピーと言われたことがありますか？

ない・ある

※（女性の方のみお答えください）１．現在妊娠中ですか？　　２．授乳中ですか？

いいえ・はい（　　週目）　　いいえ・はい

※（木曜日に来院された方のみお答えください）

木曜日は、先生が 2 名体制です。どちらの先生でもよろしければ早くお呼びできる方で
お呼び致しますがよろしいですか？　　はい　・　いいえ（院長希望の方）