

問 診 票 (中学生以下)

当院では、診療をより効果的にする為に、患者様一人一人のカルテを作っています。
そのために患者様ご自身の情報が必要になりますので以下の質問にお答えいただきますようお願い致します。

平成 年 月 日

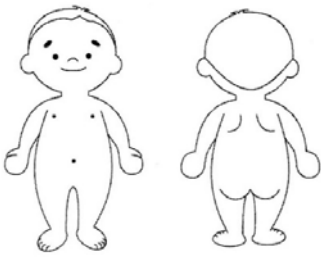
ふりがな		男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	H 年 月 日	
住 所	〒			
電話番号	病状によってご連絡させていただくことがあります	身 長 体 重		cm kg

1. いつから、どのような症状がありますか？

a) いつから：() 頃から

b) 症 状：湿疹・アトピー・じんましん・とびひ・できもの・いぼ・水いぼ・ほくろ・あざ・やけど
あせも・虫刺され・おむつかぶれ・かゆい・痛い・発熱・その他 ()

c) 部 位：(下の図に印をつけてください)



症状を詳しくご記入ください(今回の症状で他院での治療があれば、いつ、どこで、処方薬もご記入ください)

2. 現在治療中のご病気はありますか？また、手術や入院をされたことはありますか？

あればご記入ください。

お薬手帳があれば提示をお願いします。

(病名

薬

)

3. 薬剤、食物、花粉、その他、アレルギーをお持ちですか？

『あり』の方はわかる範囲で詳しくご記入ください。

なし

あり

(

)

4. ご家族に以下のご病気の方はいらっしゃいますか？

いない

喘息

アトピー

(どなたですか？

)

5. 間違い防止のためお名前呼び出しをさせていただいておりますが、よろしいでしょうか？

はい

いいえ(受付番号のみでお呼びいたします)

6. 診察や治療に対するご希望などあればご記入ください。

※来院されたきっかけを教えてください。

①当院をみて

②家族が通院

③ホームページ

④紹介(病院・知人)

⑤その他(

)

このアンケートにご記入いただきました個人情報、当クリニックにおいて以下の目的のために限り利用させていただきます。

①患者様に安全・有効に診療を受けていただくため

②カルテへの記載

③他医療機関などとの連携・情報交換

同意できない事項がある場合はお知らせ下さい。

ご協力ありがとうございました。

あつた皮ふ科クリニック