

ほーむけあクリニック 皮膚科初診問診票（16歳以上）

ID _____ 記入日 年 月 日
カナ _____ (男・女)
氏名 _____ 生年月日 年 月 日 (満 歳)
〒 _____
住所 _____
電話 自宅 (_____) 携帯 (_____)
体温 _____ °C 身長: _____ cm 体重: _____ kg
(女性の方にお尋ねします) 現在、 妊娠中 ・ 妊娠していない

1. 症状

いつ/いつから (_____) ところが (_____)
 かゆい 痛い 赤い 腫れている けがをした やけどした
 その他 (_____)

2. 希望している検査、治療があれば教えてください。

3. 他の医療機関にかかっていますか。

かかっている 病名: _____ 病院名: _____
 かかっていない

4. 飲んでいる薬やサプリメントはありますか。

ない ある お薬手帳 あり なし; 薬名前 _____

5. 健康診断・がん検診・人間ドックを受けていますか。

いいえ
 はい 一般健診 人間ドック がん健診 (肺、胃、大腸、前立腺、乳、子宮)

6. 今までに入院したり、病気にかかったりしたことがありますか。

いいえ (例: 高血圧 △▲才 など)

はい

7. ご家族 (血縁者) で病気にかかったことがある人がいれば教えてください。

8. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。

ない あり 何で() どうなったか()

9. 嗜好品に関して

• お酒 飲まない 飲む (何を: 、どれくらい:)

• タバコ

吸ったことがない 吸う (本/日× 年間)

やめた (本/日× 年間、 歳から禁煙)

10. その他必要なこと、伝えたいことがあれば教えてください。

11. 当院に来院したきっかけ

他院からの紹介 (病院名:) ホームページ

知人からの紹介 (様より) ご近所 (自宅 ・ 職場)

その他 () LINE