

問 診 票 (14 歳以下)

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。

令和 年 月 日

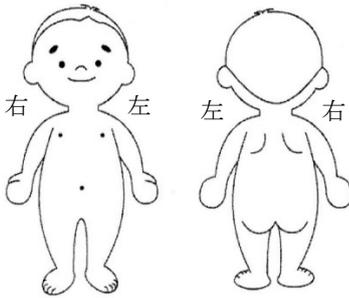
ふりがな		男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	H・R	年 月 日
住 所	〒			
保護者様の 連絡先 (自宅/携帯)	病状によってご連絡させていただくことがあります /	身 長		cm
		体 重		kg

1. いつから、どのような症状がありますか？

a) いつごろから：(年前、 ヶ月前、 週前、 日前) 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)



症状を簡潔にご記入下さい。1度の診察に診れる症状は2つまでとなります。(記載のない症状については診察出来ません。)

2. なにか病気をされたことや持病はございますか？ また、いつ頃ですか？

なし あり その他 ()

3. 現在、内服しているお薬(処方薬・市販薬)はございますか？

なし あり (お薬手帳持参)

4. 薬剤、食物、花粉、その他、アレルギーをお持ちですか？

なし あり ()

5. ご家族の中に持病やアレルギーをお持ちの方はおられますか？

なし あり ()

6. その他お気づきの点がございましたらご記入ください。

※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看板 ④ホームページ ⑤紹介() ⑥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。

医療法人 樹の道 すがや皮フ科クリニック ご協力ありがとうございました。