

カルテ No.

年 月 日

伊藤メディカルクリニック 問診表 皮膚科

ふりがな

お名前： .....

ご住所： .....

お電話番号：(自宅) ..... 電話連絡 可 ・ 不可

：(携帯) ..... 電話連絡 可 ・ 不可

生年月日： T・S・H 年 月 日 生まれ 年齢 歳

身長： ..... c m

体重： ..... k g

<どのような症状ですか？>

◆ 症 状： .....

◆ 場 所： .....

<何か手当てはされましたか？>

.....

<今までにかかった病気はありますか？>

.....

<ご家族に糖尿病、高血圧、脳卒中、癌、等にかかった方はいらっしゃいますか？>

.....

<アレルギーはありますか？>

◆ 薬： .....

◆ その他： .....

<今服用されているお薬はありますか？>

.....

<手術をされた事がありますか？>

① ..... 年 月 日 ◆病名： ..... ◆病院： .....

② ..... 年 月 日 ◆病名： ..... ◆病院： .....

<当院を何でお知りになりましたか？>

.....

※未記入欄がないようにご記入ください。ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください。