

|               |  |
|---------------|--|
| (カタカナ)<br>お名前 |  |
|---------------|--|

ID :  
 エントリー済み

## 皮膚科 問診票

※初めてのの方は診療申込書もご記入下さい。

◎体重 [ . kg] ※小学生以下のお子様は必ずご記入下さい。

|                                |                                 | 診察前体温                       | 同伴者体温                        |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
|                                |                                 | . °C                        | . °C                         |
| コロナウイルスに 対<br>する問診票 (全員<br>記入) | ①現在、コロナウイルスに感染していると診断されている状態ですか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|                                | ②24時間以内に発熱 (37.5°C以上) がありましたか   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

※必ずマスクの着用をお願い致します。 ご協力よろしくお願い致します。

※コロナ治療薬の処方は今現在行っておりません。

1.いつ頃からどのような症状でお困りですか。 (詳細は診察室でお話下さい。)

いつ頃からですか。 \_\_\_\_\_

どのような症状ですか。 \_\_\_\_\_

症状が出ている部位はどちらですか。 \_\_\_\_\_

症状の原因は何ですか。  交通事故  工作中・通勤中のケガ  不明  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

2.今までに薬剤でアレルギー症状 (発疹、気分不快など) を起こしたことがありますか。

いいえ  はい → 薬剤名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_

3.今までに大きな病気・ケガ・手術歴などがありましたら記入して下さい。

いいえ  はい →: \_\_\_\_\_

4.現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

いいえ  はい →: \_\_\_\_\_ お薬手帳  あり  なし

ここからは成人の方のみご回答下さい

5.女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか  いいえ  はい  可能性あり

授乳中ですか  いいえ  はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。