

一般皮膚科 問診票

年 月 日

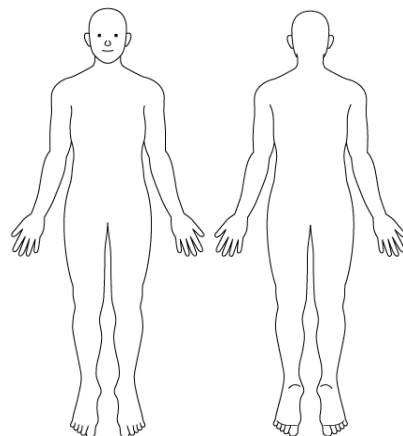
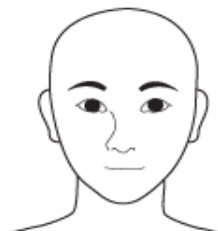
ふりがな		男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日	
住所	〒( )			
電話番号	自宅： 携帯：	職業		

1. 症状が出たのはいつからですか？

- 今日から  
  昨日から  
  ( )日前から  
  ( )週間前から  
 ( )か月前から  
 ( )年前から

2. どのような症状ですか？ 部位はどこですか？（右図に印をつけてください）

- かゆい  
 痛い  
 赤くなっている  
 カサカサ  
 腫れている  
 アトピー  
 にきび  
 いぼ  
 ほくろ  
 できもの  
 脱毛・薄毛  
 アザ  
 湿疹  
 蕁麻疹  
 切り傷・擦り傷  
 水虫  
 巻き爪  
 その他 ( )



4. 上記の症状で、これまでに治療を受けられたことはありますか？

- いいえ  
 はい

「はいの方」→ 病院名：  
 処方薬：

5. 現在治療中の病気はありますか？ →  いいえ    はい \*お薬手帳の提示をお願い致します

- 高血圧  
 糖尿病  
 心臓病  
 肝臓病  
 前立腺肥大  
 緑内障  
 高脂血症

腎臓病（透析：あり なし）  
 膠原病（病名：\_\_\_\_\_）

- その他 ( )

内服・外用中の薬：

6. アレルギーをお持ちですか？  いいえ    はい

- アトピー  
 金属  
 花粉 ( )  
 食物 ( )

薬剤 ( )  
 その他 ( )

7. 女性の方で該当される方のみご記入ください。現在妊娠している可能性はありますか？

- いいえ  
 可能性あり  
 妊活中  
 妊娠 \_\_\_\_\_ヶ月（出産予定日： 月 日 ）  
 授乳中

8. 診療や治療に関するご希望などあればご記入ください。

9. 来院されたきっかけを教えてください。

- ホームページ  
 看板  
 タウン誌  
 ご家族様の紹介  
 紹介（知人・病院： \_\_\_\_\_）  
 その他 ( )

ご協力ありがとうございました。