

小児皮膚科（14歳以下） 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	年 月 日
住所	〒 (      -      )			
電話番号	自宅：		身長：	cm
	携帯：		体重：	kg

1. 以前に佐々木皮膚科に通院されたことはありますか？

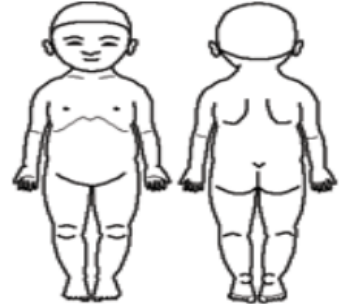
はい いいえ

2. 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

3. 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 とびひ  
アトピー にきび いぼ/水いぼ ほくろ できもの 脱毛症  
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

「はいの方」 → 病名：  
 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

ぜんそく アトピー 金属 花粉 (      ) 食べ物 (      )  
薬剤 (      ) その他 (      )

7. ご家族に以下の病気の方はいらっしゃいますか？ いいえ はい

ぜんそく アトピー 乾燥肌 (どなたですか？      )

8. 低刺激の石鹸、日焼け止め、保湿剤にご興味はありますか？ はい いいえ

10. 診療や治療に関するご希望などあればご記入ください。

11. 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。