一般皮膚科　問診票

年　月　日

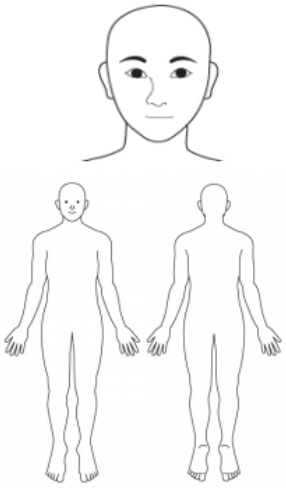
ふりがな		男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	M・T・S・H 年　月　日	
住所	〒（　　ー　　）			
電話番号	自宅： 携帯：	職業		

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
□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？

□はい　□いいえ
「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。

佐々木皮膚科