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	〒（　　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？

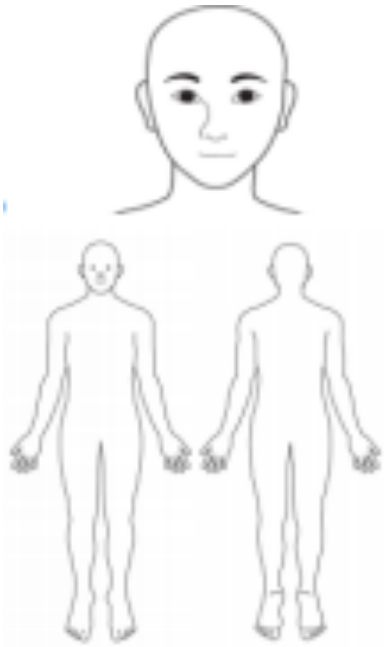
　□はい　□いいえ

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. てんかんの治療の経験はありますか？　（　はい ／　いいえ　）

7. 市販のお薬は何か使いましたか？よその皮膚科で治療は何かしましたか？
　もしわかれば使ったお薬をお書き下さい　（　　）

8. 寝不足気味であったり、熟睡できないことはありますか？　（　はい ／　いいえ　）

9. 精神神経科および心療内科の通院歴や現時点での通院、内服薬はありますか？　□あり　□なし

10. 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（　　）

11. 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

12. 診療や治療に関するご希望などあればご記入ください。

13. 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