

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 かさかさ 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. ワキ汗や手汗が多くてお悩みの方（多汗症）には保険が効くお薬が処方できます。希望しますか？（ はい / いいえ ）

13. 診療や治療に関するご希望などあればご記入ください。

14. 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。

