

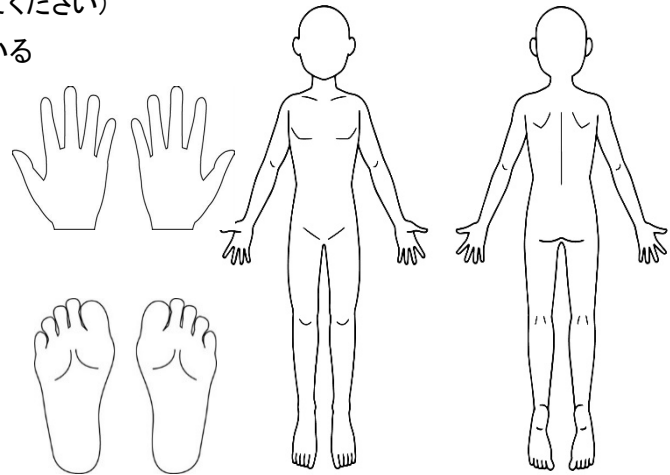
# 一般皮膚科 問診票

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	携帯:	自宅:	職業	

① どのような症状ですか？部位はどこですか？(下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( )



②いつ頃から症状がありますか？

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

③ 症状がでた原因・きっかけはありますか？

④ 上記の症状でこれまでに他の病院を受診されていますか？

- いいえ はい (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します

- 高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 前立腺肥大症 緑内障 高脂血症  
腎臓病(透析:あり なし) 膠原病(病名: )  
その他(病名: )

現在内服中・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お答えください】 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要望がございましたらご記入ください

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

影山皮膚科クリニック