

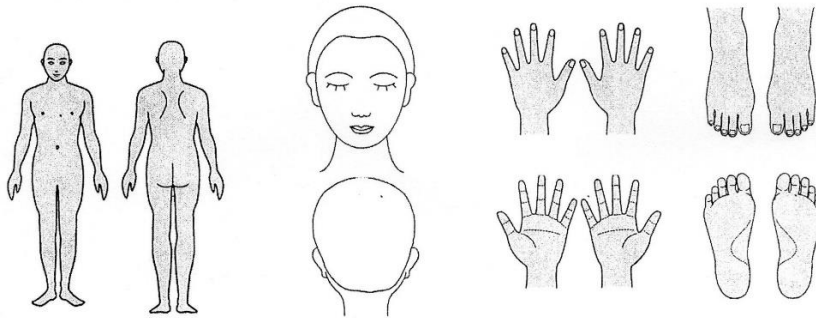
皮膚科問診票

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日（大正・昭和・平成・令和）	歳	男・女
お名前		年 月 日		
ご住所	〒		電話番号	
			携帯電話	
ご職業		*15歳以下の方は体重をご記入ください。		
				kg

1. いつからどんな症状がありますか

- a) いつから：（ 年、 ヶ月、 週、 日）前から
- b) 症 状：かゆい・痛い・赤み・いぼ・ほくろ・できもの・乾癬（かんせん）・脱毛・しみ・そばかす・肝斑（かんぱん）・くすみ・にきび・毛穴・あざ・蒙古斑（もうこはん）・うおのめ・たこ・AGA（男性型脱毛）・巻き爪・その他（ ）
- c) 上記の症状に関して治療を受けたことはありますか （はい・いいえ）
*「はい」の場合 受けたことのある方は、これまでに使用したお薬を分る範囲でご記入ください（ ）
- d) 部 位：（下の図に印をつけてください）



2. 現在、他に治療中の病気はありますか （はい・いいえ）

3. 今までに、どんな病気にかかったり、治療をうけたりしたことがありますか

1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎（花粉症） 3. 喘息 4. 糖尿病 5. 心臓病
6. 高血圧 7. 胃潰瘍 8. 肝疾患 9. 腎疾患 10. 膠原病 11. 前立腺肥大症
12. 緑内障 13. 輸血 14. 手術（ ） 15. その他（ ）

4. ご家族の方にアレルギー疾患はありますか

1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎（花粉症） 3. 喘息 4. その他（ ）

5. 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか （ある・ない）

薬、食べ物の名前 （ ）

6. 現在内服しているお薬はありますか （はい・いいえ）

*「はい」の場合、下記に内服薬をご記入ください
（ ）

7. <女性の方に>

妊娠中ですか （はい・いいえ） 授乳中ですか （はい・いいえ）

ご記入ありがとうございます。お手数ですが受付窓口までご提出ください。

