



## 問診票 (小児皮膚科)

ふりがな		性別	男 ・ 女	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日
氏名	様						(	歳)
住所	〒 -			電話番号	自宅 ( )			
					携帯 ( )			

該当する項目に  をつけてご回答ください。

### 1 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  
 ( ) ヶ月前から     ( ) 年前から

### 2 どのような症状ですか？

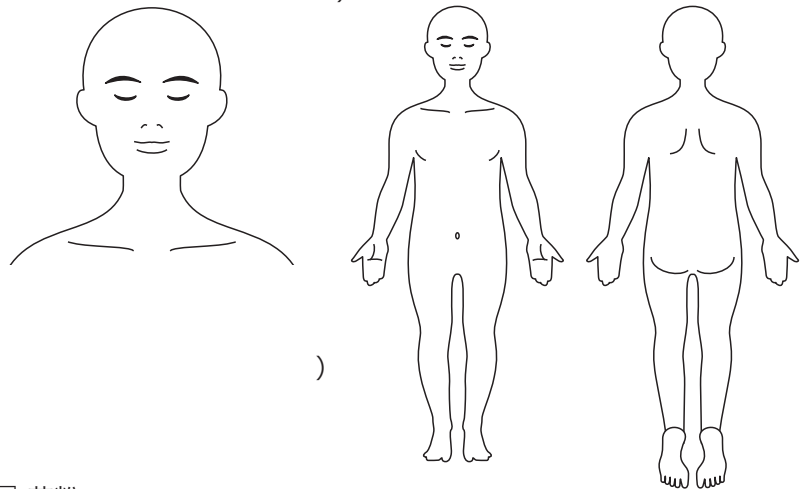
- かゆい     痛い     赤くなっている     カサカサ     腫れている     アトピー     ニキビ  
 じんましん     とびひ     いぼ・水いぼ     ほくろ     あざ     タコ・ウオノメ  
 その他( )

### 3 その症状でこれまで治療を受けられたことがある方はご記入ください

病院名( )  
 薬( )

### 4 部位はどこですか？

右図に印をつけてください



### 5 現在治療中の病気があればご記入ください

※お薬手帳があれば提示をお願いします。

( )

### 6 アレルギーをお持ちの方はご記入ください

- ぜんそく     アトピー     金属     花粉  
 薬剤( )     食物( )    その他( )

### 7 ご家族に以下のご病気の方はいらっしゃいますか？

いいえ     はい

- ぜんそく     アトピー     花粉症     乾燥肌     その他遺伝性の病気など  
 (どなたですか？ )

### 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     ご家族が通院されている     紹介(知人・病院： )  
 広告を見た     看板を見た    その他( )