



問診票（一般皮膚科）

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日
氏名	様							
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？

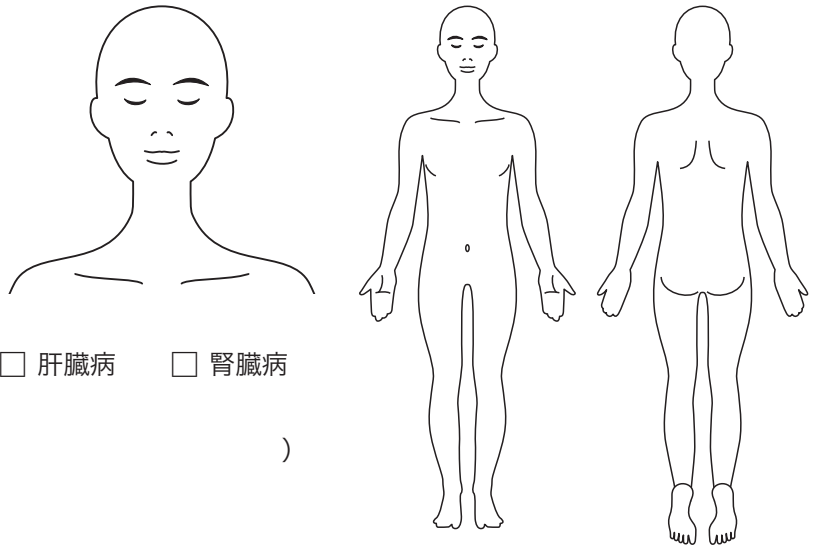
- かゆい 痛い 赤くなっている カサカサ 腫れている 水虫 アトピー
 にきび いぼ ほくろ・できもの 脱毛 巻き爪
 その他()

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。

- 高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病
 前立腺肥大 緑内障
 その他()

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 女性の方のみご記入ください。現在妊娠中ですか？ また、授乳中ですか？

- いいえ 妊娠の可能性あり 妊娠() ヶ月 授乳中

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()