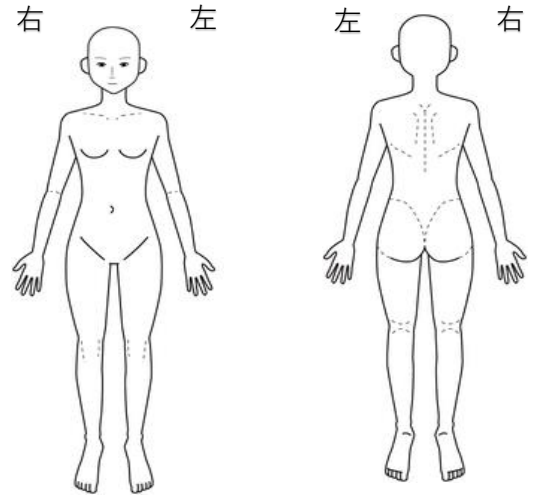
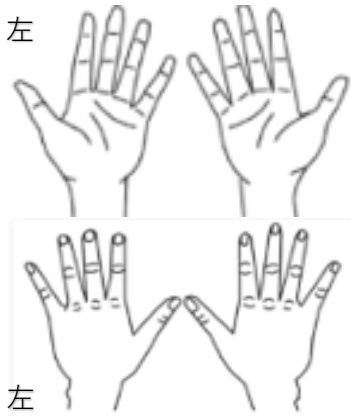


皮膚科問診票

フリガナ		性別	生年月日		体重(15歳以下)
氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日		kg
住所	〒	—	電話番号	()	—
			携帯電話	()	—

1. 今日診てもらいたい症状について、部位に○をつけてください。

症状が複数ある方は、色を分けてご記入ください。



- いつから：（ 本日 ）（ 日前）（ ヶ月前）（ 年前）頃から

- 症状： かゆい ・ 痛い ・ 赤くなる ・ 皮がむける ・ 腫れる ・ ふきでもの ・ ニキビ ・ 虫さされ

水虫・うおのめ・タコ・イボ・髪が抜ける・汗・しみ・ホクロ

鼻水・鼻づまり・くしゃみ・眼の周りの皮膚の痒み・眼の中の痒み

その他 ()

- 思い当たる原因はありますか？：いいえ・あり（化粧品・食品・塗り薬・飲み薬・その他： ）

- どのような治療をしましたか？：いいえ ・ 市販薬使用（薬品名： ）

他院受診（処方薬： _____ ） ※お薬手帳持参の方は記入せず、ご提示ください。

2. 今までにアレルギーを起こしたことがありますか？

薬：いいえ ・ あり ()

食べ物：いいえ ・ あり（卵 牛乳 小麦 蕎麦 海老 その他： ）

吸入系：いいえ ・ あり（ダニ ホコリ スギ ヒノキ ブタクサ イネ その他： ）

その他：（ ）

3. ペットを飼っていますか？： いいえ ・ イヌ ・ ネコ ・ その他（ ）

4. 現在次のような病気にかかっていますか？ : いいえ ・ あり

糖尿病 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大症（男性の方） ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎

アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ じんましん ・ その他（ ）

5. 現在服用している薬はありますか？ ※お薬手帳持参の方は記入せずご提示ください。

[illegible]

サプリメント / 市販薬 : なし ・ あり ()

6. 女性の方のみお答え下さい

- ・妊娠していない ・妊娠希望 ・妊娠の可能性がある

- ・ 妊娠中 週/予定日 (月 日) ・ 授乳中 (年 月誕生)

7. その他、診療についてのご希望、ご質問等ございましたらお書き下さい

※当院では診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

※個人情報、当院の定めた利用目的の範囲内で利用いたしますが、不都合等ございましたらお申し出下さい

☐ マイナ保険証 ☐ 資格確認証