

皮膚科問診票

いちみや皮膚科クリニック

ふりがな		生年月日	T・S・H・R 年 月 日
お名前	男・女・()	職 種	
住 所	〒 ※番地・号室等は正確にご記入ください。		
携帯電話		電話番号	※日中、連絡が取れる番号をご記入ください。

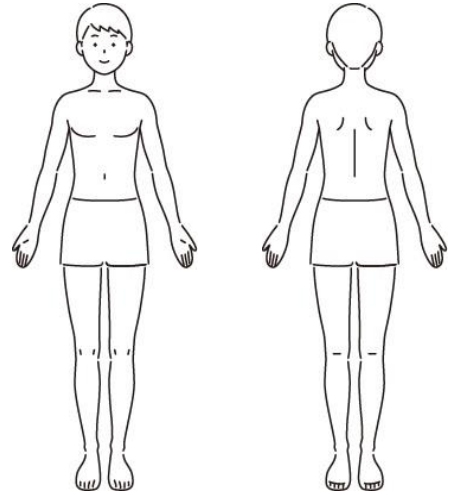
1 今、どのような症状でお困りですか？

痛み・かゆみ・できもの・出血している・腫れている・
 化膿している・ニキビ・アトピー性皮膚炎・イボ・ホクロ・多汗
 薄毛[※]・シミ[※]・シワ[※]・医療脱毛[※]・ゼオスキン相談[※]
 (上記※印は自費診療で、詳しくは予約制となります。)

気になっている症状をご記入ください。

2 1の症状はどの部位ですか？

※気になる箇所を○で囲んでください。



3 いつ頃から症状がありますか？

() 日前 () 週間前 () ヶ月前 () 年前

4 何か病気の治療は受けていますか？

アトピー性皮膚炎 高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 甲状腺
膠原病(こうげんびょう) 喘息 前立腺肥大 緑内障 その他()

5 現在、お薬を飲んでいますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は受付へお出しください。

はい いいえ

→「はい」の方 医療機関で処方された薬(お薬名:)
市販のお薬(お薬名:)

6 これまでに大きな病気にかかったことはありますか？

はい いいえ →「はい」の方 (病名:)

7 これまでにアレルギー症状が出たことはありますか？

はい いいえ

→「はい」の方 お薬() 食物()
花粉 ハウスダスト ダニ カビ その他()

8 女性の方へ

a.現在、妊娠中ですか？(妊娠の可能性・妊活を含む) はい いいえ

b.現在、授乳中ですか？ はい いいえ

9 (たばこ)喫煙の習慣がありますか？

はい いいえ →「はい」の方 一日に何本ぐらい吸いますか () 本

10 ご来院されたきっかけを教えてください。

インスタグラム HP 知人のご紹介(ご紹介者:)
通りがかり ご近所 その他()