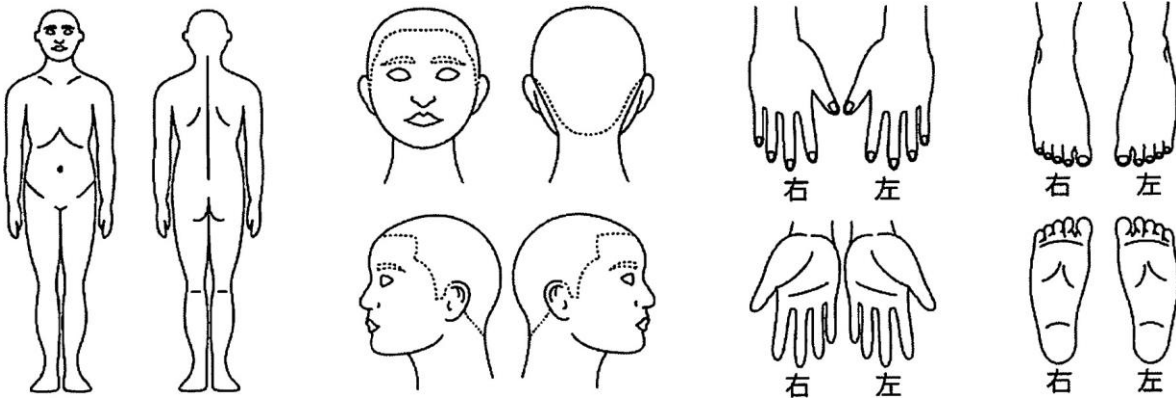


【皮膚科問診票】

フリガナ	性別		
お名前	男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	身長 cm 体重 kg
住所 〒		自宅 () 携帯 ()	職業

1. いつからどのような症状がありますか

- ・いつから：() 例) 0月△日から、0日前から
- ・症状：(○をつけてください) かゆい・痛い・かさかさ・赤い・いぼ・ほくろ
水虫・やけど・虫刺され・できもの・にきび
その他 ()
- ・きっかけはありますか？：()
- ・その症状についてこれまで治療を受けたことがありますか：(はい・いいえ)
- ・部位 (絵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)

「はい」の方は病名を書いてください。(病名：)

※処方薬がある方はお薬手帳をご提出ください。

3. 今までにかかったことのある病気を教えて下さい。

糖尿病・緑内障・前立腺肥大・その他 ()

4. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方は具体的に教えて下さい。()

5. 女性の方へ 現在、妊娠中・その可能性はありますか？ 授乳中ですか？

現在妊娠している (月) ・可能性あり・授乳中 (はい・いいえ)

ご記入ありがとうございました。スタッフにお渡し下さい。