

皮膚科外来問診票

受診日 令和 年 月 日

フリガナ

氏名： (男・女)

生年月日： 大・昭 年 月 日 歳
平・令

郵便番号： -

住所：

電話番号：

血液型： 型・身長： cm・体重： kg

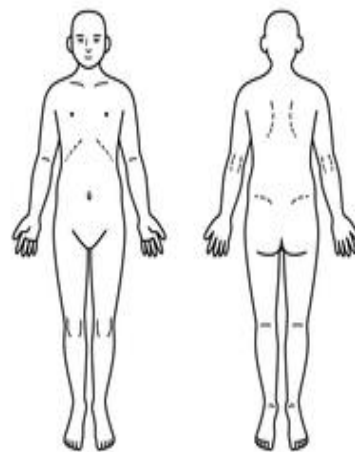
e-mail：

1.いつ頃からどのような症状でお困りですか

- ・いつ頃から【
- ・どのような症状で【

】

】



2.今回の症状の原因として思い当たることがありますか

(例、薬・食べ物・化粧品・どこかに出かけた等)

【

】

3.上記の症状で現在あるいは過去に治療は受けていますか【はい・いいえ】

・【はい】の方…病院名 () ()

治療方法 () ()

また、その治療法でどのような変化がありましたか

【良くなった・悪くなった・変わらない・その他 ()】

4.現在常用している内服薬及び外用薬はありますか【はい・いいえ】

・【はい】の方… ()

*お薬手帳をお持ちの方は診察室で先生にご提示ください

5.今までにアレルギーを起こしたことはありますか【はい・いいえ】

【はい】の方…薬(麻酔含む)・食べ物・花粉・金属・動物・ハウスダスト・ダニ・化粧品・日光

その他… ()

詳細 … ()

裏面もご記入ください

6. 現在治療中、または過去に治療を受けたご病気がありますか【はい・いいえ】

- ・【はい】の方…アトピー性皮膚炎・喘息・アレルギー性鼻炎・糖尿病・高血圧・心臓病
肝臓病・腎臓病・前立腺肥大・甲状腺・膠原病・塞栓症・緑内障
その他（ ）

7. ケロイド体質はありますか【はい・いいえ】

8. ご家族の方にご病気はありますか【はい・いいえ】

- ・【はい】の方…父系（ ）
…母系（ ）

9. 女性の方へ

- ・妊娠中ですか【はい（ カ月）・いいえ】 ・授乳中ですか【はい・いいえ】

☆当院を何でお知りになりましたか

- インターネットのホームページ 病院検索サイト 家族、知人の紹介 クチコミ
近所 駅の看板 医療機関からの紹介 その他（ ）

☆当院では美容施術を行っております。ご興味のある施術はありますか

- 脱毛 シミ しわ たるみ 美白 毛穴 肝斑 そばかす アザ
赤ら顔 イボ ニキビ ニキビ痕 ホクロ ボトックス
その他（ ）

ご協力ありがとうございました

じょう皮フ科クリニックin高円寺