

問診票

受診日 月 日

フリガナ		性別	
お名前		男	女
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日 (歳)
住所: 〒		(15歳以下)	体重 kg
電話	()	職業	

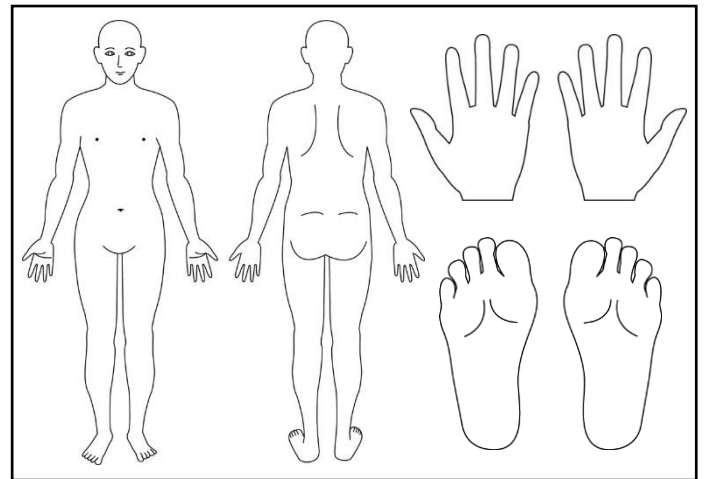
①症状のある部分に○を付けてください→

②いつ頃からですか

()

③あてはまる症状に○を付けてください

- ・湿疹(痛い・かゆい) ・乾燥 ・イボ、うおのめ
- ・じんま疹 ・水虫 ・虫刺され
- ・ニキビ(痛い・かゆい) ・やけど(原因:)
- ・出来物(腫れている・膿んでいる)
- ・巻き爪 ・シミ、肝斑 ・AGA
- ・その他 ()



④現在、この症状で治療を受けていますか？

はい・いいえ

「はい」の方→病院名 ()

薬 ()

※その治療法で変化はありましたか？

- ・良くなった ・変化なし ・悪化した ・その他 ()

⑤その他に使用している飲み薬・塗り薬はありますか？

はい・いいえ

「はい」の方→病院名 ()

薬 ()

⑥薬や食べ物などでアレルギー症状を起こした事がありますか？

はい・いいえ

「はい」の方→(詳細:)

⑦今までにかかった病気に○を付けてください

- ・特になし ・アトピー性皮膚炎 ・帯状疱疹 ・掌蹠膿疱症 ・花粉症 ・緑内障 ・喘息
- ・高血圧 ・糖尿病 ・高脂血症 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・骨粗しょう症
- ・その他 ()

⑧女性の患者様へ

現在妊娠されていますか？ はい・いいえ・授乳中

また、妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ