

皮膚科問診票

受診日：平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
氏名	男・女		年 月 日 歳
住所	〒	TEL	
		携帯番号	

・ご来院のきっかけは？（複数可）

HPをみて、家族・親族の紹介、知人から聞いて、看板をみて、折り込みチラシをみて、

<質問項目>

① 本日はどのようなことで受診されましたか？その部位を○で囲んで下さい。

・痛み、かゆみ、湿疹、イボ、にきび、シミ、しわ、その他（ ）

② 上記の症状はいつごろからですか？

<症状のある部位を図で示して下さい>

（ ）

③ そのことで今まで何か治療をしましたか？

いいえ・はい→→（ ）

④ 現在治療中の病気はありますか？

いいえ・はい→→（ ）

⑤ 現在服用中・外用中の薬はありますか？

いいえ・はい→→（ ）

⑥ 今まで大きな病気になったことや手術を受けたことはありますか？

いいえ・はい→→（ ）

⑦ 薬や注射でかゆみやアレルギー反応が出たことはありますか？

いいえ・はい→→（ ）

⑧ 女性の方へ チェック、記入をお願いします。

妊娠の可能性 有・無 妊娠中（ ヶ月） 授乳中

⑨ 自由診療を受診される方へ

当院では症状のお伺いメールを配信することがございます。

希望される方はメールアドレスの記載をお願いします。

メールアドレス：

