

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 (才)
氏名				
住所				
電話番号	自宅		携帯	
学校・会社名	電話番号			

【質問事項】

・現在かかっている、または過去にかかった病気はありますか？ 心臓病・腎臓病・胃潰瘍・肝臓病・糖尿病・喘息・脳梗塞・リウマチ・痛風・がん その他 ()	はい・いいえ
・現在服用中のお薬はありますか？ 「はい」の方は、お薬の名称がわかりましたらご記入ください。 薬の名前 ()	はい・いいえ
・過去にアレルギー症状が出たことはありますか？ 「はい」の方は、あてはまるものに○を付けて下さい。 薬・注射・食べ物・その他(具体的に)	はい・いいえ
・飲むのが苦手な薬はありますか？ 錠剤・粉・液体・その他(具体的に)	はい・いいえ
・タバコを吸いますか。 「はい」とお答えの方、1日に何本吸いますか。(1日 本)	はい・いいえ
・お酒を飲みますか。 「はい」とお答えの方、お酒を一週間に何日位お飲みになりますか。 週に6日以上・週に3～5日・週に2日以内 1日にどれ位の量を飲みますか。()	はい・いいえ
・女性の方へ 妊娠しているかその可能性はありますか。 なし・可能性あり(未確認)・あり(妊娠 週)	はい・いいえ
・授乳中ですか？	はい・いいえ
・診療希望の医師がいる場合は○印をつけてください。 竹村・本田・水野	
・当院では、初診時または保険変更時に保険証コピーを確認の為にらせていた たいております。保険証のコピーをとることに同意しますか。	はい・いいえ
・院内のお知らせをメールでお送りさせていただきます。ご希望の方はメールアドレスをご記入ください。	

メールアドレス

- * 禁煙外来は完全予約制のため、禁煙治療をご希望の方はあらかじめお電話にてご予約ください。
- * 形成外科・美容皮膚科のご予約については、ホームページよりお申し込みください。

皮膚科問診票

平成 年 月 日

氏名

本日の診療目的についてあてはまるものに○印を付けてください。

- () 今の症状について治療希望 . . . **1** 番を記載ください
() 他院処方薬希望 **2** 番を記載ください

1【今の症状について治療を希望される方】

下記事項についてあてはまるところに○印をつけてください。

- ・症状が出たのはいつからですか？
24時間以内 ・ 1週間以内 ・ 1～3ヶ月以内 ・ 半年以上前

- ・どのような症状ですか？
かゆみ ・ 痛み ・ 熱感 ・ むずむず感 ・ かさつき ・ ジクジク
ヒリヒリ ・ 花粉症状 ・ 鼻炎 ・ 腫れ ・ その他 ()

- ・症状のある部位はどこですか？右図に○印をつけてください。

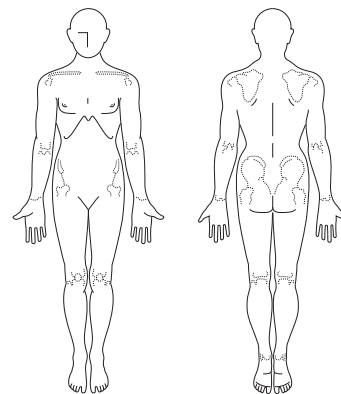
- ・原因を調べるため必要があれば検査を希望しますか？
する ・ しない

- ・皮膚科の治療歴はありますか。
ある ・ ない

《あるを選択された方へ》

- ・あてはまる疾患に○印をつけてください。
乾癬 ・ 掌蹠膿疱症 ・ 白斑 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 円形脱毛

- ・上記疾患について紫外線治療を希望しますか？
はい ・ いいえ



<前> <後>
症状のある場所に
○印をつけてください

2【他院処方薬をご希望の方】

- ・お薬手帳の有無、処方薬剤名を記入ください。
薬手帳・薬局用紙 あり ・ なし (薬剤名)