問診票　皮膚科　アレルギー科　形成外科（保険診療）

平成　　年　　月　　日

ふりがな		男 ・ 女	年齢	歳
氏名		生年月日	M ・ T ・ S ・ H 年　月　日	
住所	〒（　　ー　　）			
電話番号	自宅： 携帯：	職業（具体的に）		

1.症状が出たのはいつからですか？

□今日から　□昨日から　□（　　）日前から　□（　　）週間前から

□（　　）か月前から　□（　　）年前から

2.どのような症状ですか？

□かゆい　□痛い　□赤くなっている　□カサカサ　□腫れている　□水虫　□アトピー

□にきび　□いぼ　□ほくろ・できもの　□脱毛　□巻き爪

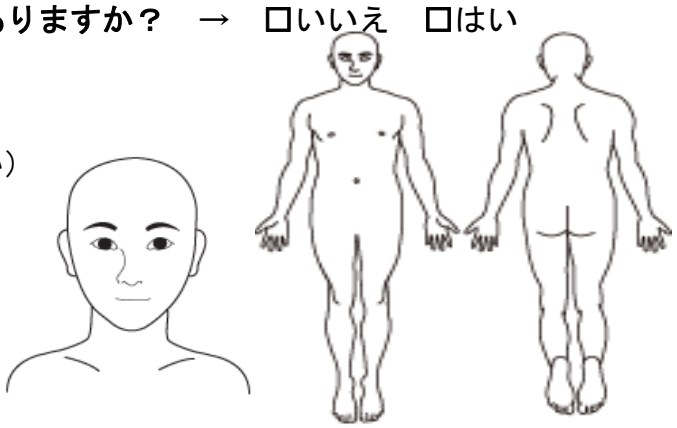
その他（　　）

3.その症状でこれまでに治療を受けられたことはありますか？　→　□いいえ　□はい

はいの方→　病院名（　　）

薬（　　）

4.部位はどこですか？（右図に印をつけてください）



5.現在治療中の病気はありますか？　→　□いいえ　□はい＊お薬手帳があれば提示をお願いします

□高血圧　□糖尿病　□心臓病　□肝臓病　□腎臓病　□前立腺肥大　□緑内障

その他（　　）

6.アレルギーをお持ちですか？　→　□いいえ　□はい

□ぜんそく　□アトピー　□金属　□花粉

□薬剤（　　）　□食物（　　）　□その他（　　）

7.女性の方で該当される方のみご記入ください。現在妊娠している可能性はありますか？

□いいえ　□可能性あり　□妊娠　　ヶ月　□授乳中

8.診療や治療に関するご希望などあればご記入ください。

※　来院されたきっかけを教えてください

□ホームページ　□ご家族が通院されている　□紹介（知人・病院：　　）

□広告を見た　その他（　　）

ご協力ありがとうございました。

大城皮フ科クリニック