

問診票 小児皮膚科（14歳以下）

ふりがな		男・女	平成 年 月 日
氏名		生年月日	M・T・S・H 年 月 日
住所	〒（ - ）		
電話番号	自宅： 携帯：	身長 体重	cm kg

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

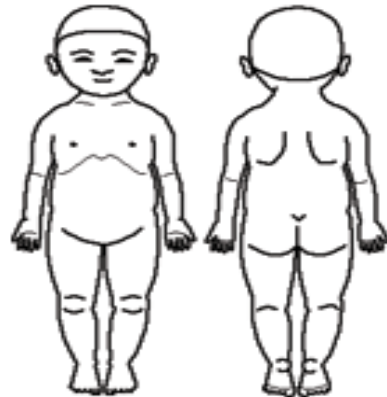
2. どのような症状ですか？

- かゆい    痛い    赤くなっている    カサカサ    腫れている    皮むけ    アトピー  
 じんましん    とびひ    いぼ・水いぼ    ほくろ・できもの・あざ  
 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. 現在治療中のご病気はありますか？ →  いいえ  はい \*お薬手帳があれば提示をお願いします

はいの方 → ( )

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. ご家族に以下のご病気の方はいらっしゃいますか？ →  いいえ  はい

ぜんそく    アトピー    乾燥肌 (どなたですか？)

8. 低刺激の石鹸、シャンプー、日焼け止めにご興味はありますか？ →  いいえ  はい

9. 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。