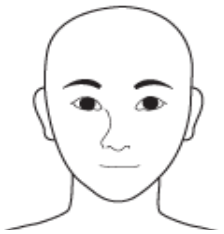
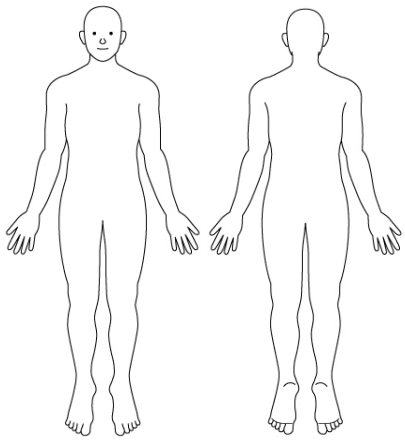
一般皮膚科　問診票

年　　月　　日

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





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？ 部位はどこですか？（右図に印をつけてください）

□かゆい　□痛い　□赤くなっている　□カサカサ　□腫れている

□アトピー　□にきび　□いぼ　□ほくろ　□できもの　□脱毛・薄毛

□アザ　□湿疹　□蕁麻疹　□切り傷・擦り傷　□水虫　□巻き爪

その他（　　）

4．上記の症状で、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：

処方薬：

5．現在治療中の病気はありますか？ →　□いいえ　　□はい　＊お薬手帳の提示をお願い致します

□高血圧　□糖尿病　□心臓病　□肝臓病　□前立腺肥大　□緑内障　□高脂血症

□腎臓病（透析：□あり　□なし）　**□膠原病（病名：　　）**

□その他（　　）

内服・外用中の薬：

6．アレルギーをお持ちですか？　□いいえ　　□はい

□アトピー　□金属　□花粉（　　）　□食物（　　）

□薬剤（　　）　□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　□妊活中　□妊娠　　ヶ月（出産予定日：　月　　日　）　□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。

9．来院されたきっかけを教えてください。

□ホームページ　□看板　□タウン誌　□ご家族様の紹介　□紹介（知人・病院：　　）

□ライン　□インスタグラム　□ブログ　□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