

ともえだ皮フ科 問診票

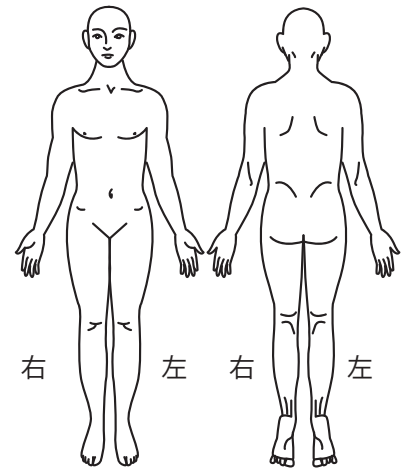
ご記入日 平成 年 月 日

ふりがな お名前	身長	cm	体重	kg
	性別	男 ・ 女		
生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生 才 (ヶ月)
〒 - ご住所				
電話番号				
ご職業				

① 本日はどうなさいましたか？

かゆい 痛い 紅い カサカサ にきび ほくろ
やけど 水虫 みずいぼ いぼ うおのめ 巻き爪
傷跡 ピアス 脱毛 その他 ()

症状のある部分に印をつけてください



② いつから症状が出ましたか？

生まれた時から 日前 週前 月前 年前

③ その症状について今までに何か治療をうけましたか？ はい ・ いいえ
いつ () どこで (皮膚科・形成外科・皮膚科以外・病院以外)

④ この疾患について一番心配なことはなんですか？

⑤ 今までにかかったことのある病気を教えてください。

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 (花粉症) 喘息 糖尿病 心臓病 脳梗塞
高血圧 胃潰瘍 肝臓疾患 腎臓疾患 膠原病 前立腺肥大 緑内障 輸血
手術 () その他 ()

⑥ 現在、他に治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

⇒「はい」の方は、病名とお薬を書いて下さい。(病名: お薬:)

※診察時に薬手帳をみせていただくのでも構いません。

⑦ 薬、食べ物にアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

⇒「はい」の方は、具体的に教えて下さい。()

⑧ 【女性の方に】現在、妊娠中ですか？またはその可能性はありますか？

a. 現在妊娠している (月) b. 可能性あり c. 可能性なし

⑨ 他に気になることはありますか？

ほくろ いぼ まき爪 まぶたの垂れ下がり 手術痕・傷痕 ピアス
乾燥肌 わきが 医療レーザー脱毛 美肌 (しみ ・ シワ ・ キメ)

⑩ 当院をどのようにして知りましたか？

a. 知人の紹介 b. 通りがかり c. 看板 d. ホームページ e. その他 ()



ご記入ありがとうございました。
受付までお持ちください。