

# 問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな		男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	S・H・R	年 月 日
住所	〒 一 県 市			
固定電話		体重	kg	
携帯電話		職業（具体的に）		

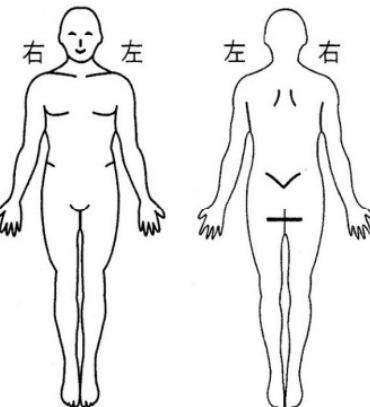
※お子様の場合は保護者の方の携帯番号をご記入ください

## 1.いつからですか？

日前・ ケ月前・ 年前

## 2.どのような症状ですか？

かゆい・痛い・腫れ・湿疹・水虫・できもの・ニキビ・虫刺され  
アトピー・水いぼ・とびひ・巻き爪・やけど・蕁麻疹・脱毛  
いぼ・シミ・あざ・ホクロ・その他 [ ]



## 3.症状のある部分に○をつけてください



## 4.現在、この症状で治療を受けていますか？

はい いいえ

「はい」の方→ 治療方法 [ ]

※その治療で...□よくなった □変わらない □悪くなった

## 5.現在、皮膚科以外の科にかかりていますか？

はい いいえ

「はい」の方→ 病名 [ ]

## 6.現在、使っている内服薬、外用薬はありますか？

はい いいえ

「はい」の方→ 薬名 [ ]

※お薬手帳は診察室でご提示ください

## 7.今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

はい いいえ

「はい」の方→ 薬・食べ物名 [ ]

## 8.今までにかかった病気に○をつけてください

アトピー・帯状疱疹・喘息・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・前立腺肥大・緑内障

その他 [ ]

## 9.ご家族に以下の病気の方はいらっしゃいますか？

いない アトピー 喘息 (どなたですか?) )

## 10.女性の方のみお答えください

妊娠中 ( ) ヶ月 授乳中 妊娠の可能性あり 該当なし

※治療に対するご希望などがあればご記入ください

[ ] あつた皮ふ科クリニック