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	〒　　－ 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

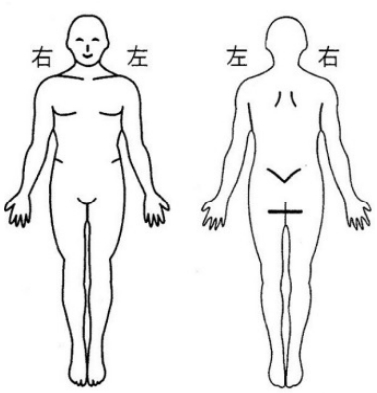
1.いつからですか？

日前・　　ヶ月前・　　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.症状のある部分に〇をつけてください



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っていますか？

□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〇をつけてください

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.車は運転しますか？

□運転する　□時々運転する　□運転しない

１1.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