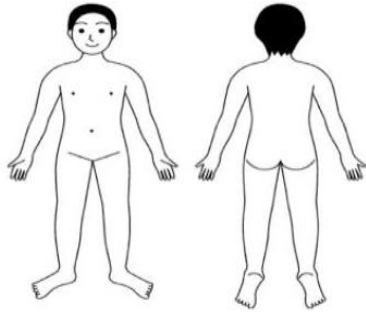


# 皮膚科問診票

フリガナ	生年月日 (大正・昭和・平成・令和)			年齢	性別
お名前	年 月 日			歳	男・女
ご住所	〒 (                      )				
ご職業	電話番号				

**1. i) 下の図で、本日診察を希望される場所を○で囲んでください**



2つ以上の症状がある方は空欄を使用していただき、いつから・どのような症状があるのか記入して下さい

ii) 症状が出たのはいつ頃ですか？ (                      ) から

iii) どのような症状・病気ですか ○をつけてください (複数回答可)

- かゆい ・ 痛い ・ 水虫 ・ いぼ ・ できもの ・ ニキビ ・ じんましん ・ ホクロ・しもやけ  
アトピー ・ やけど ・ シミ ・ 抜け毛 ・ その他 (                      )

**2. 今回の原因として思い当たることはありますか？** . . . . . ( いいえ ・ はい )

はいの方→ (原因:                      ) (薬・食べ物・化粧品・仕事・おでかけ 等)

**3. 今まで診断された病気や治療はありますか？** . . . . . ( いいえ ・ はい )

はいの方→ アトピー性皮膚炎 ・ 花粉症 ・ 喘息 ・ 糖尿病 ・ 肝疾患 ・ 腎疾患 ・ 輸血  
前立腺肥大 ・ 緑内障 ・ その他 (                      )

**4. 現在内服しているお薬があればご記入ください** ※お薬手帳があれば提示をお願いします

(                      )

**5. アレルギーをお持ちですか？** . . . . . ( いいえ ・ はい )

はいの方→ ぜんそく ・ お薬 (                      ) ・ 食べ物 (                      )  
金属 (                      ) ・ その他 (                      )

**6. 治療のご希望をお聞かせ下さい**

1. 健康保険の範囲内で治療                      2. 健康保険外の治療も希望 (自費治療)

**7. ステロイド外用薬を使用する治療について**

1. 必要に応じて使用するのには問題ない                      2. わからない                      3. できれば使用したくない

**8. (女性の方に) 現在、妊娠中ですか、またその可能性はありますか？**

1. 現在妊娠している (妊娠 週目/予定日 年 月 日)                      2. 可能性あり                      3. 可能性なし

**9. どのようにして当院を知りましたか？**

1. ご家族                      2. 知人 (                      )                      3. ホームページ                      4. 看板                      5. 近くを通りかかった  
6. ネット検索 (google・facebook・病院ナビ・ウィメンズパーク・エストドック・エキテン・その他)  
7. ご紹介 (                      )                      8. その他 (                      )