

皮膚科問診票（新規・再診） ID _____

フリガナ _____

お名前： _____（男・女）

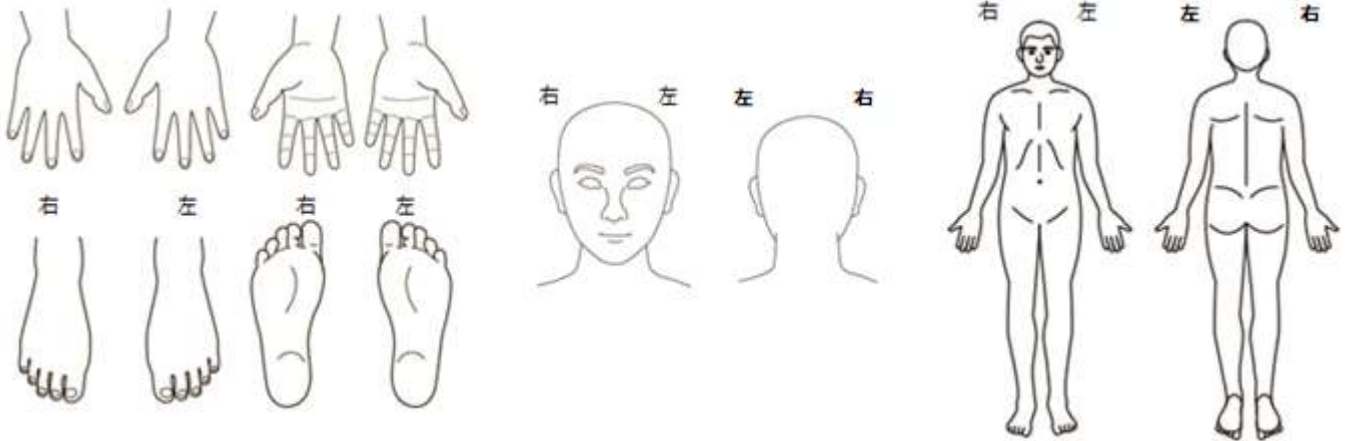
生年月日：西暦 _____年 月 日（満 _____歳 力月）

15歳未満の方 → 体重 _____ kg

◎ 薬や食べ物にアレルギーはありますか？
ない ある（ _____ ）

◎ 現在、治療中の病気はありますか？ある方のみご記入ください。
病名（ _____ ）薬（ _____ ）

◎ 本日の症状（症状がある部位に○をしてください）



◎ どのような症状がありますか？
痛み かゆみ 腫れ かさつき その他（ _____ ）

◎ いつからその症状がありますか？
（ _____ ）日前 （ _____ ）週間前 （ _____ ）ヶ月前 （ _____ ）年前

◎ 同じ症状で他院を受診されましたか？受診された方のみご記入ください。
病院（ _____ ）薬（ _____ ）

以下、成人の方のみご記入ください。

◎ 現在、血をサラサラにするお薬を内服されていますか？されている方のみご記入ください。
薬（ _____ ）

◎ 女性のみ：妊娠している可能性がありますか？
ない ある（ 出産予定日 _____年 月 日 ）

◎ 自費診療についてのご相談をご希望されますか？
点滴 CO2レーザー 美容関連 男性型脱毛症