

ID: \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

## 皮膚科問診表

体温 ( \_\_\_\_\_ 度)

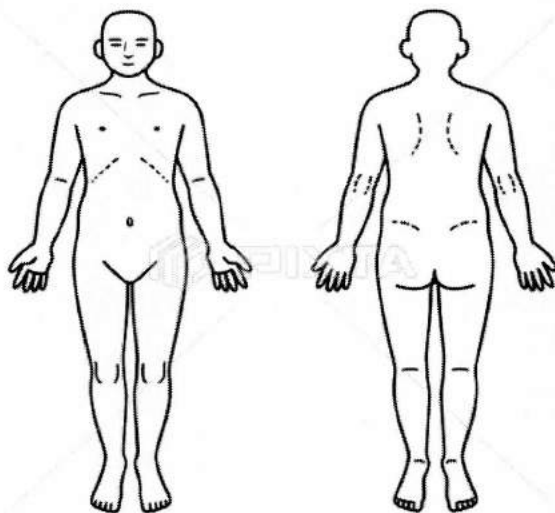
フリガナ		性別	
お名前		男 ・ 女	
生年月日	大・昭・平 年 月 日	年齢	才
住所	〒 _____	電話	( _____ )

※患者様よりご提供いただいた個人情報は当クリニックでの治療目的以外で使用致しません

身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg

1. 具体的に、いつごろからどんな症状がありますか どの部分でしょうか  
(症状が複数の場合はすべて記入してください) 下の絵に丸をつけてください

■いつ頃からどのような症状



pixta.jp - 18840759

2. 今回の症状でほかの病院にかかったことはありますか?  はい  いいえ

3. 現在服用・外用している薬はありますか? (皮膚科以外の薬も)  はい  いいえ  
「はい」の方は薬品名をご記入ください

4. 薬や注射、その他アレルギーはありますか?  はい  いいえ  
「はい」の方は具体的にご記入下さい

5. 今までに下記、またはその他の病気にかかったことはありますか?  はい  いいえ  
「はい」の方はご記入ください

アレルギー性鼻炎 (花粉症) ・ アレルギー性結膜炎 (花粉症) ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 糖尿病 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大  
[その他の病気: \_\_\_\_\_]

6. 現在、妊娠・授乳中ですか (女性の方)  はい  いいえ