

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日
お名前	男 ・ 女	T・S・H 年 月 日 (才)
ご住所	(〒 -)	
TEL:	携帯:	

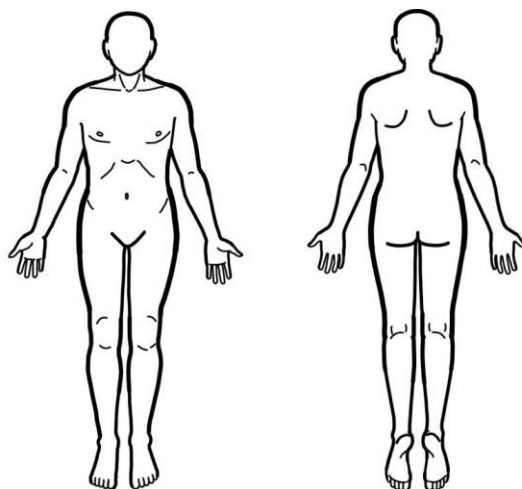
※14歳以下のみ記入 → 身長 cm 体重 Kg

1. いつから症状がありますか

() から

どのような症状ですか

(かゆい ・ 痛い ・ 腫れている ・ ブツブツ ・ 水虫
じんましん ・ にきび ・ タコ/ウオノメ ・ いぼほくろ
できもの ・ 巻き爪 ・ やけど
その他())



体温 ()℃

症状のある部位を右図に○印をつけてください。

3. 下記のアレルギー疾患をお持ちですか いいえ ・ はい

アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ 花粉症 ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎

4. 現在、他に治療中の病気はありますか いいえ ・ はい

高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 肝障害 ・ 腎臓病 ・ 緑内障 ・ 胃潰瘍 ・ 前立腺肥大
その他()

5. 現在、飲んでいるお薬はありますか ☆お薬手帳がありましたら提示をお願いします

いいえ ・ はい

お薬の名前 ()

6. 薬や食べ物でアレルギーなどが出たことはありますか いいえ ・ はい

分かる範囲で詳しくご記入ください ()

7. ご家族に以下のアレルギー疾患の方はおられますか

なし ・ アトピー性皮膚炎(誰が) ・ 花粉症(誰が) ・ 喘息(誰が)
アレルギー性鼻炎(誰が) ・ アレルギー性結膜炎(誰が)

8. 女性の方へ

現在妊娠中ですか いいえ ・ 可能性あり ・ はい (月)

現在授乳中ですか いいえ ・ はい

9. ステロイドの塗り薬についてご希望はありますか

絶対に使いたくない ・ 必要に応じて使うのは構わない ・ わからない

10. 来院されたきっかけを教えてください

通りがかり ・ ホームページ ・ 広告 ・ 家族が通院 ・ 紹介()

PC・スマホ(Google・Yahoo・その他()

上記その他()