



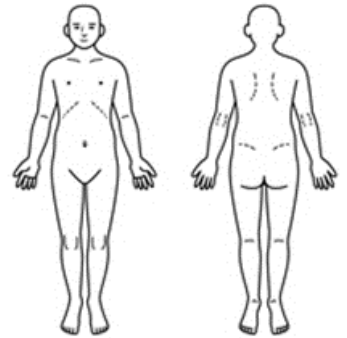
フリガナ		電話番号	自宅
お名前	男・女	保護者・付き添いの方	携帯
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	体重	kg
住所	〒 —	職業	

① いつからお困りですか。右の図で症状のあるところに○をつけてください。

()

② あてはまる症状に○をつけてください。

発熱 痛い 腫れている 赤くなっている やけど (工作中・仕事以外)
かゆい アトピー かさかさ 湿疹 じんましん ニキビ
水ぶくれ ただれ とびひ できもの 帯状疱疹 ヘルペス
水虫 いぼ たこ 魚の目 脱毛症 巻き爪 フケ しらみ ほくろ
皮膚がんかどうか心配 シミ (レーザー希望、その他の治療希望)



その他

③ この症状で、現在あるいは過去に治療をうけたことがありますか? (はい・いいえ)

はい→ 医療機関名 () 病名 ()
もらったお薬、使用した市販薬など ()

④ 1) 今までにかかった病気、または治療中の病気がありますか? (はい・いいえ)

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 (花粉症) 喘息 高血圧 糖尿病 腎臓病 痛風
心臓病 狭心症/心筋梗塞 脳梗塞/脳卒中 リウマチ 心療内科疾患 (うつ、不安神経症、不眠症など)
がん/腫瘍 (部位 手術歴: 年 月ごろ) 緑内障 前立腺肥大 甲状腺の病気

その他

2) また、上記の病気にかかった時期をお書きください

(年 月 ~)

⑤ 現在何かお薬を使用していますか? (はい・いいえ)

はい→ お薬手帳をこの問診票と一緒に受付へお渡しください。

お薬手帳をお持ちでない方→ (お薬の名前)

⑥ 今までにお薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか? (はい・いいえ)

はい→ いつ、どのお薬/食べ物で、どんな症状がでましたか? ()

⑦ 女性の方におたずねします。

妊娠中ですか? (はい [] 週・いいえ) 出産予定日 (令和 年 月 日)

授乳中ですか? (はい・いいえ)

近いうちに妊娠希望のため、内服治療は控えたい (はい・いいえ)