

問診票（皮膚科）

以下は一般的な皮膚科疾患(保険診療)の方のための問診票です。

ピース・レーザー脱毛・しみとり・しわとり・小顔・毛穴引き締め・薄毛などの美容医療の
目的の方は、ご記入不要です。

ヨミガナ			
氏名	男・女	生年月日	大 昭 平 令 年 月 日
郵便番号	□□□□—□□□□		
住所			
自宅電話番号	携帯番号<<必須>>		
緊急連絡時(飲み薬中止の指示など)携帯につながらなかった場合、自宅電話にかけてもよいですか?.....よい・困る			

◎次の病気にかかった経験があれば○を付けて下さい。

肝炎 (B型 C型) 心臓 血圧 糖尿 脳疾患 各種の癌()
ぜんそく アトピー 緑内障 精神に関する病気

その他特記すべき病気の経験があればご記入下さい.....

◎血液をサラサラにする薬・血が止まりにくくなる薬を飲んでいますか?はい いいえ

◎薬の副作用 または 薬や注射のアレルギーの経験がありますか? はい いいえ

「はい」の方 どのような薬でどうなったのか、書ける範囲でご記入下さい.....

◎かぜ薬を飲むと眠くなりますか?はい いいえ わからない

◎皆様に伺います。

今後しばらく通院が必要となれば、何日おきぐらいに通えますか? ○で囲んで下さい。

毎日でも 2~3日おき 1週間ごと 2週間ごと 1ヵ月ごと 当分来院できない

通院に都合の良い曜日があれば ご記入下さい..... _____曜日

◎女性の方に伺います。

現在妊娠しておられますか? はい いいえ わからない

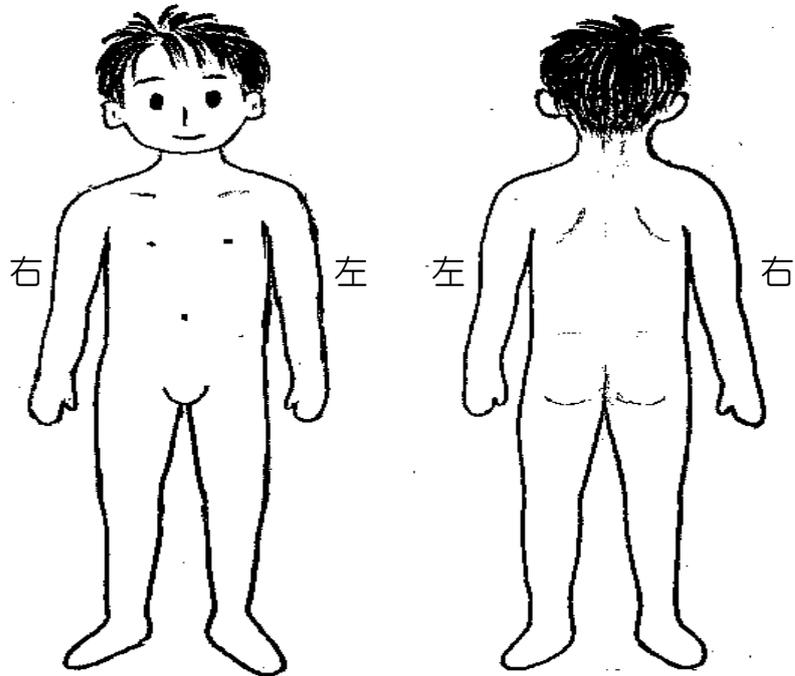
「はい」の方: 何か月かご記入下さい..... 月

授乳中ですか? はい いいえ

お子様の月齢 (才 月)

婦人科の内服薬(ピルなど)を飲んでおられますか?はい いいえ

◎ 都合の悪い場所・診察してもらいたい場所に ○を付けて下さい（複数○付け可）。



◎ 症状を○で囲んで下さい（複数○付け可）

- | | | | | | | |
|-----|------|-----|------|------|------|------|
| かゆい | 痛い | 赤い | ぶつぶつ | できもの | カサカサ | アトピー |
| ニキビ | 肌荒れ | しみ | ほくろ | いぼ | 水いぼ | やけど |
| 水虫 | 爪の異常 | 魚の目 | タコ | その他（ | | ） |

◎ 上記の症状はいつ頃からでしょうか？

今日 昨日 数日前 ()週間前 ()ヶ月前 ()年前

◎ 今回の症状に関して他の医者で診てもらった経験はありますか……………あり なし

「あり」の方、もしよろしければ、どこの病院・医院かご記入下さい…………

「あり」の方、もらっている薬の名前のわかる物があれば、持参して下さい。

★ ご記入ありがとうございました。来院時に受付係へお渡し下さい。