

皮膚科問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	
お名前	(男 ・ 女)	年 月 日 (歳)	
TEL		現在の体温	℃

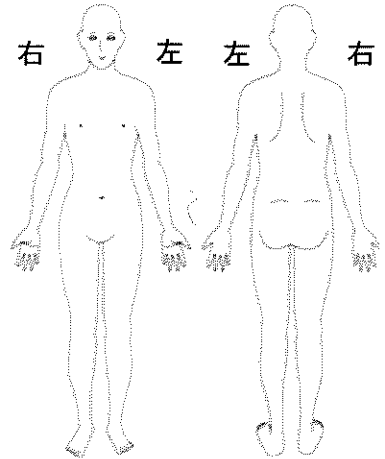
以下の質問にお答えくださるようお願いいたします。(該当する□にはレ点)

■いつ頃からどのような症状でお困りですか？

年 月 日から

症状 かゆい 痛い 痛くもかゆくもない
傷がある 腫れている 発疹
 その他

※該当する症状
 のところに○を
 してください



治療歴 なし
あり (内服薬 塗り薬)

■レーザー治療を希望されますか (シミ、蒙古斑など)

はい いいえ

■現在、治療中の病気や服薬中の薬はありますか？ (内服ありの方は診察時お薬手帳をお出してください)

なし あり

病名： _____ 医療機関名： _____

お薬の名前： _____

■今までに大きな病気や入院、手術をしたことがありますか？ はい いいえ

_____ 歳 病名： _____

医療機関名： _____ 通院 入院 手術

_____ 歳 病名： _____

医療機関名： _____ 通院 入院 手術

■お薬や食品でアレルギーはありますか？ ■ほかにアレルギーはありますか？

なし あり (_____) なし あり (_____)

■たばこを吸いますか

吸う _____ 本/日 _____ 年間 ・ 以前吸っていた _____ 本/日 _____ 歳頃 ~ _____ 歳頃 _____ 年間
 吸わない _____ ・ 周囲にたばこを吸う人がいる

■お酒は飲みますか

飲む 何を (_____) ・ どのくらい (_____) /日
 飲まない

■<女性の方のみ>現在、妊娠中もしくは授乳中ですか

妊娠 : はい いいえ 可能性あり 妊娠中の方 → (_____) ヶ月

授乳 : はい いいえ

■その他、お気付きのこと等あればご記入ください

ご記入ありがとうございました。