

No. _____

皮膚科問診票

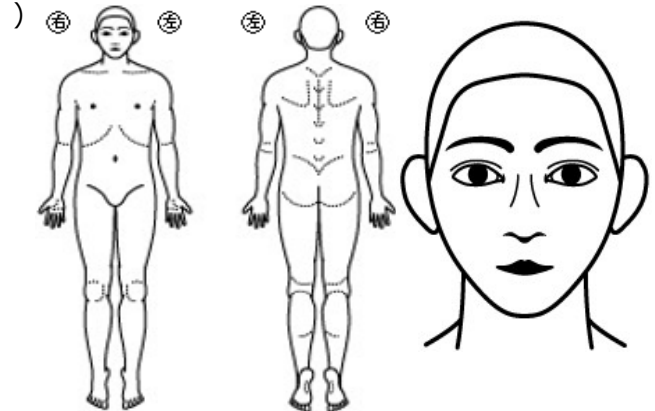
環桜会 巣鴨さくらなみき皮膚科

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日
お名前	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
ご住所	〒□□□-□□□□	
電話番号	15歳以下の方は体重をご記入ください	
携帯番号	kg	

① 本日の受診目的に○を付けてください

湿疹 アトピー性皮膚炎 乾燥肌 ニキビ・ニキビあと かぶれ 水虫 巻き爪 たこ うおのめ じんましん
 虫刺され 乾癬 あざ 赤ら顔 シミ シワ 肝斑 そばかす 毛穴 肌荒れ ほくろ いぼ 首のいぼ
 水いぼ ヘルペス 脱毛症 できもの 皮膚がんの疑い やけど けが かゆい 痛い 腫れている
 その他 ()



② 診察を希望される部位に○を付けてください

③ その症状はいつ頃からですか？

④ それについて、今までにどこかで治療されていますか？
 (はい・いいえ)
 治療薬など具体的に：

⑤ 食物でアレルギーを起こしたことはありますか？

無・有 [卵・牛乳・小麦・その他 ()]

⑥ 薬(飲み薬、注射、塗り薬)でアレルギーを起こしたことはありますか？薬の名前が分かれば書いてください

無・有 [抗生物質・かぜ薬・痛み止め・局所麻酔薬・その他(薬品名)]

⑦ 今までかかった病気を教えてください

糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 アレルギー性鼻炎(花粉症) アレルギー性結膜炎 喘息
 白内障 緑内障 前立腺肥大症 膠原病 塞栓症 小児期のアトピー性皮膚炎 ケロイド 熱性けいれん
 その他()

⑧ 常用している薬はありますか？お薬手帳があれば一緒にご提示ください

無・有(薬剤名：)

⑨ 現在、妊娠・授乳中ですか？

妊娠していない 妊娠の可能性がある 妊娠中 (週) 近々妊娠希望 授乳中 (1日に 回)

⑩ 車・バイクの運転、高所などの危険作業をしますか？

(運転・危険作業) を 毎日 たまに (程度) しない

⑪ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

知人・家族(様)のご紹介・ホームページを見て・三田線の看板を見て・当院の看板を見て
 近いうちから・医療機関からのご紹介(病院名：) その他()

⑫ 当院では保険診療の他に自費診療(保険対象外)を行っていますが、何かご興味はおありですか？

帯状疱疹予防接種 シミ 肝斑 くすみ そばかす しわ たるみ ニキビ・ニキビあと 毛穴
 入れ墨除去 いぼ ほくろ 赤ら顔 アザ 脱毛症 プラセンタ注射 ボトックス注射 ドクターズコスメ

これらの自費診療について説明や費用を聞いてみたい ⇒ はい いいえ ⇒ 今日洗顔をできますか？ ⇒ はい いいえ
 ご記入ありがとうございました

女性のお顔のニキビ、美容のご相談の方は裏面もご記入ください。