

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 ()

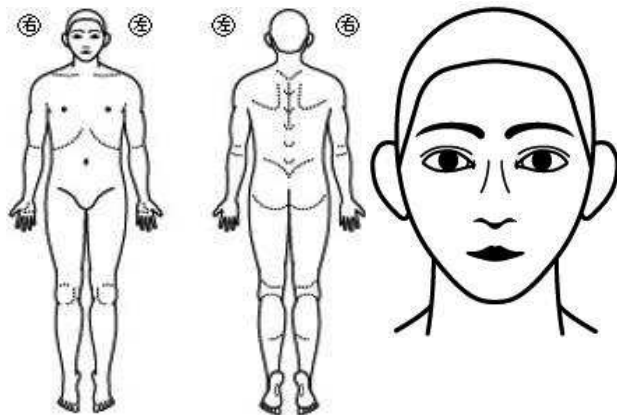
② 診察を希望される部位に○を付けてください

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 現在、ほかの医療機関に通院していますか？

(医療機関名：)

⑨ 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：)

⑩ 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)

⑪ 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

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 ⇒ 今日は洗顔できますか？ ⇒ はい いいえ

裏面に続きます

⑬ 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
 近いから・医療機関からのご紹介(病院名:) その他()

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。
 ◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1:4点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)

⑭ マイナ保険証ご利用の方は診療情報取得に同意しましたか？ (はい ・ いいえ)

⑮ この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？ (はい ・ いいえ)

(マイナ保険証による情報取得に同意した方は、記載を省略可能です)

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下記もご記入ください。

美容皮膚科問診票

お名前		ご職業	
・女性のニキビの方は保険のみご希望の方もご記入ください(無理に自費診療をお勧めすることはありません) ・美容治療は、自費診療となります(保険はご使用になれません) ・お顔の場合は、できればお化粧を落してから診察させていただきます			

① 本日の受診目的を教えてください

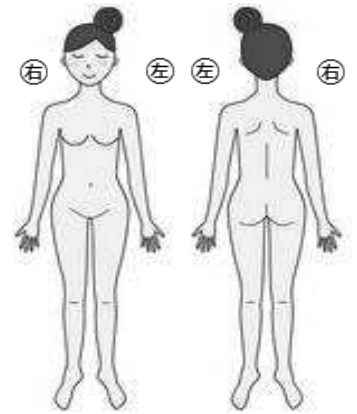
シミ そばかす 肝斑 くすみ シワ ニキビ・ニキビあと 毛穴 ほくろ 脱毛症 血管腫
 傷あと たるみ 入れ墨除去
 その他 ()

② 症状の出ている箇所(右の図)に○をつけてください

③ その症状はいつ頃からですか？

④ その症状に対して、これまでに治療を受けたことがありますか？

いつ頃()



受けた場所 : 医療機関 エステティックサロン その他()

治療内容 : レーザー 光治療 ピーリング イオン導入 エレクトロポレーション HIFU 注射 点滴
 その他()

⑤ 現在日焼けをしていますか？ (はい ・ いいえ)

⑥ 日焼け止めは塗っていますか？ (毎日 ・ 時々 ・ ほとんど塗らない)

⑦ クレンジングはどんなものをお使いですか？ (オイル・ふき取り・バーム・ジェル・クリーム・ミルク・その他 ())

⑧ 生理周期で悪化することはありますか？ (はい : . いいえ)

⑨ 洗顔やメイクの時にこするクセはありますか？ (はい ・ いいえ)

⑩ ケロイド体質はありますか？ (はい ・ いいえ)

⑪ 金属アレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

⑫ 光線過敏症はありますか？ (はい ・ いいえ)

⑬ 毛染め薬や化粧品、外用薬でかぶれたことはありますか？ (はい : . いいえ)

⑭ いれずみ、アートメイク、金の糸をされていますか？ (はい : . いいえ)

⑮ リウマチの治療などで金製剤を使ったことはありますか？ (はい ・ いいえ)

⑯ 今後、何か大事なイベントがありましたらお書きください

【 年 月 日 】 () がある

ご記入ありがとうございました