

# 一般皮膚科問診票

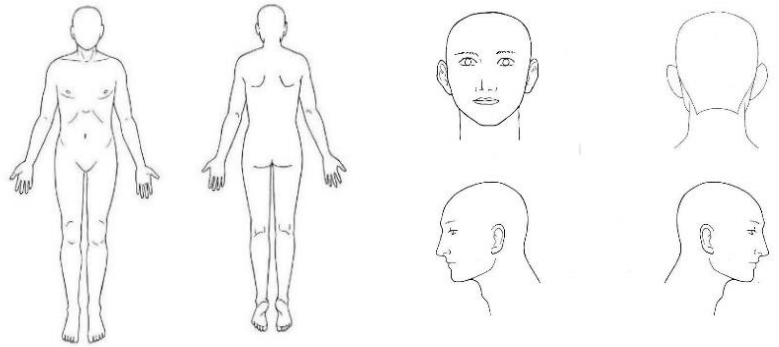
令和 年 月 日

|      |   |             |    |       |
|------|---|-------------|----|-------|
| フリガナ |   | 生年月日        | 年齢 | 性別    |
| お名前  |   | S・H・R 年 月 日 |    | 男 ・ 女 |
| ご住所  | 〒 |             |    |       |
| 携帯電話 |   | ご職業         |    |       |

1.どのような症状ですか？

※右の図の症状がある箇所に○をつけ、  
下記の番号をお書きください。

- ①かゆい ②痛い ③発疹 ④水虫  
 ⑤イボ ⑥ホクロ ⑦ニキビ ⑧虫刺され  
 ⑨やけど ⑩アトピー ⑪乾燥 ⑫傷  
 ⑬その他 ( )



2.いつからですか？

- ( ) 日前  ( ) 週間前  
 ( ) ヶ月前  ( ) 年前

3.その症状に対して他院で治療を受けていますか

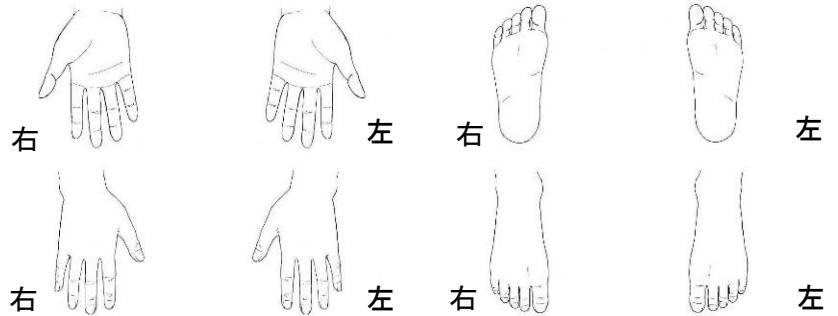
受けている

診断名 ( )

病院名 ( )

いいえ

また市販薬を使われていますか？  はい  いいえ



4.現在治療中のご病気はありますか？ ※お薬手帳持参の方は医師にご提示ください。

いいえ  はい 病名( ) 薬名( )

5.今までに下記の病気にかかったことがありますか？

- 高血圧  糖尿病  心疾患  気管支喘息  腎疾患  肝疾患  がん  
 透析中  脳梗塞  膠原病  前立腺肥大  緑内障  精神疾患  
 手術( ) その他( )

6.女性の方はお答えください。

妊娠中 ( 週 / ヶ月)  妊娠の可能性あり  妊娠していない  授乳中

7.当院にご来院されたきっかけを教えてください。

知人の紹介( 様)  ホームページ  駅看板  
 通りすがり  その他( )

ご協力ありがとうございました  
 さくら皮膚科 院長 小岩克至