

一般皮膚科問診票

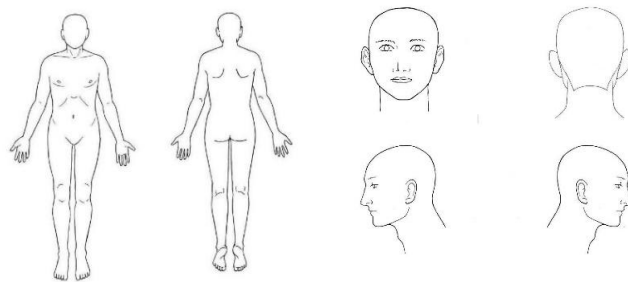
平成 年 月 日

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

1. 本日、診てもらいたい症状は何箇所ですか？

(1箇所 ・ 2箇所 ・ 3箇所)

右の図に○をつけてください。



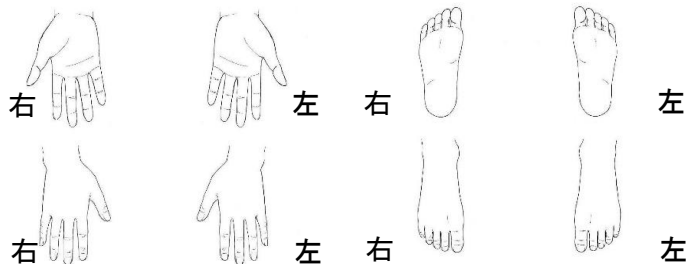
2. どのような症状ですか？

※横の図に○をつけて、症状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 ()



3. いつからですか？

() 日前 () 週間前

() ヶ月前 () 年前

4. 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() 受けていない

病院名()

また市販薬を使われていますか？ はい いいえ

5. 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()

8. 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()

9. 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

11. 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