

問診票

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日 (S・H・R)	男・女
お名前		年 月 日 (歳)	
ご住所	〒	電話番号	
		携帯番号	
※お子さまは体重をご記入ください			Kg

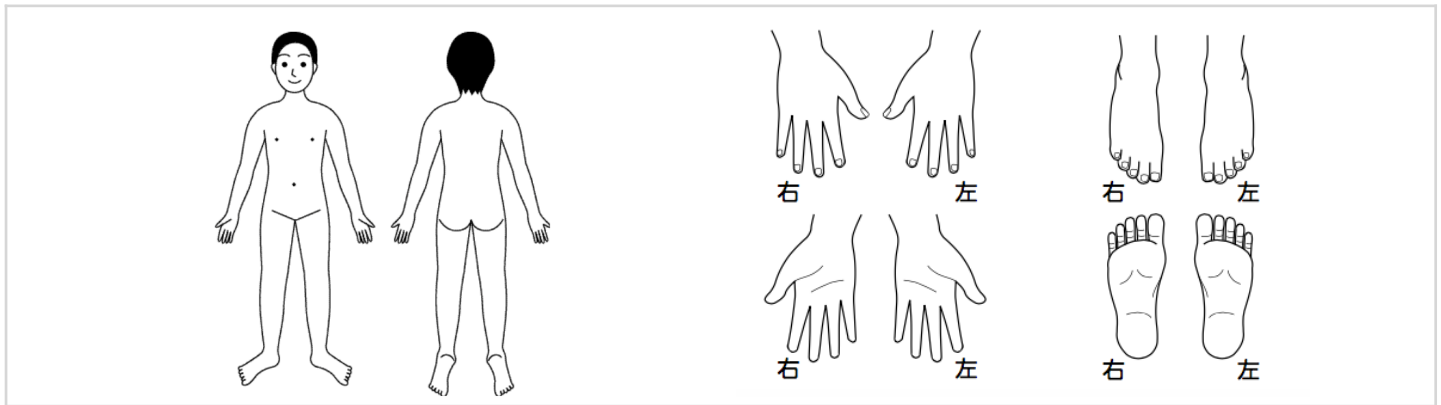
◆いつからどんな症状がありますか？

- ・いつから？ (年・ ヶ月・ 週・ 日) くらい前から
- ・症状 かゆい 痛い しこりがある その他 ()

◆現在治療をされていますか？ なし あり

(前医名： 使用中の薬：)

◆部位はどこですか？ (下の図に印をつけてください)



◆家族の中に同じ症状の方はいますか？ ()

◆その他の病気や症状はありますか？ なし

- 糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓病 ぜんそく 緑内障 (目の痛みがある)
- 前立腺肥大 (尿がでにくくなることもある) その他 ()

◆現在服用中のお薬はありますか？ なし あり※お薬手帳の提示をお願いします

お薬手帳のない方はお薬の名前をご記入ください ()

◆アレルギーがありますか？ なし あり (薬、食べ物、その他)

◆かゆみ、湿疹のある方 現在、使われている以下のもので形状や製品名がわかるものがあれば
ご記入ください ※使い始めた時期もわかる範囲でご記入ください

- ・シャンプー ()
- ・ボディソープ ()
- ・リンス ()
- ・石けん ()
- ・洗顔料 ()
- ・洗濯洗剤 ()
- ・クレンジング ()
- ・柔軟剤 ()
- ・化粧品 ()
- ・保湿剤 ()

◆ペットはいますか？ はい いいえ ◆動物との接触がありますか？ はい いいえ

◆女性の方のみ 現在妊娠されていますか？ はい いいえ (可能性 あり なし)

◆当院はどちらでお知りになりましたか？

- インターネット 知人の紹介 通りがかり その他 ()

◆その他ございましたらご記入ください

()