

皮膚科問診表

年 月 日

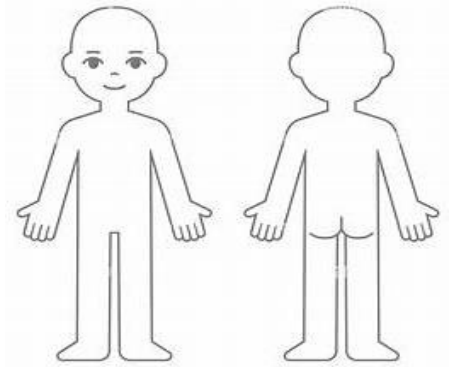
ふりがな		生年月日	T・S・H・R	年 月 日
お名前		男・女	職業	
住所	〒 <small>*番地・号室などは正確に</small>			
携帯番号		電話番号		
身長	cm	体重	kg	来院されたきっかけに○を：インスタ・HP・紹介・ご近所・その他

1. 今どのような症状でお困りですか？

痛み ・ かゆみ ・ できもの ・ 多汗 ・ ニキビ ・ アトピー性皮膚炎 ・ じんましん
化膿している ・ 出血している ・ 腫れている ・ やけど ・ ケガ、キズ ・ イボ ・ ホクロ
薄毛 ・ シミ ・ シワ ・ 医療脱毛 ・ ゼオスキン相談 ・ スキンケア相談 ・ 美容注射

2. 気になっている症状をご記入ください

気になる箇所を○で囲んでください



3. いつ頃から症状がありますか？

() 日前 () 週間前 () ヶ月前 () 年前

4. 現在、何か病気の治療は受けていますか？

アトピー性皮膚炎 高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 甲状腺
膠原病 喘息 前立腺肥大 緑内障 その他 ()

5. 現在、お薬を飲んでいますか？

*お薬手帳をお持ちの方は受付へお出しください

はい いいえ

→「はい」と答えた方 医療機関で処方された薬 (薬名：)
市販のお薬 (薬名：)

6. これまでに大きな病気にかかったことはありますか？

はい いいえ →「はい」と答えた方 (病名：)

7. 飲酒、喫煙習慣はありますか？

★飲 酒：毎日飲む 時々飲む 飲まない ★たばこ：吸う (1日 本) 吸わない

8. 女性の方へ

㊚現在、妊娠中ですか？ (妊娠の可能性・妊活を含む) はい いいえ

㊚現在、授乳中ですか？ はい いいえ

