

皮膚科問診票

受診日： 年 月 日

フリガナ

☐男性

生年月日（年齢）

お名前：

☐女性

S・H・R 年 月 日（ 歳）

ご住所：

電話番号：

1. 今日どのような症状ですか？

☐かゆい ☐痛い ☐ブツブツ ☐カサカサ
☐ボロボロ ☐その他（ ）

2. 症状のある部分はどこですか？（図に○をしてください）

3. 現在、その症状で他院にて治療されていますか？

☐していない ☐している
（病院名） （薬の名前）

※お薬手帳をお持ちの方はお渡してください

4. 現在、治療中の病気または持病はありますか？

☐ない
☐糖尿病 ☐高血圧 ☐心臓病 ☐高脂血症
☐その他（ ）
（病院名）
※お薬手帳をお持ちの方はお渡してください

5. アレルギーがありますか？

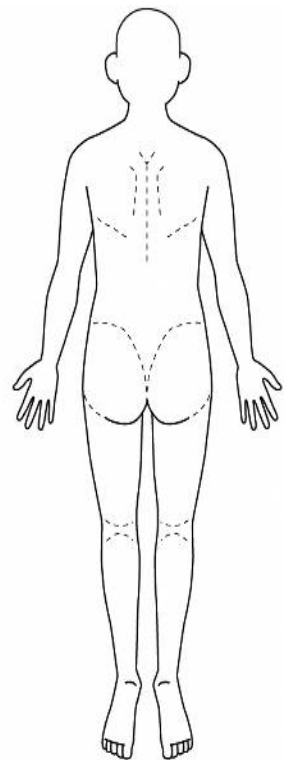
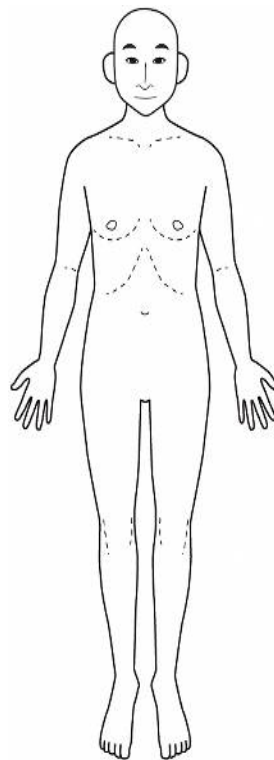
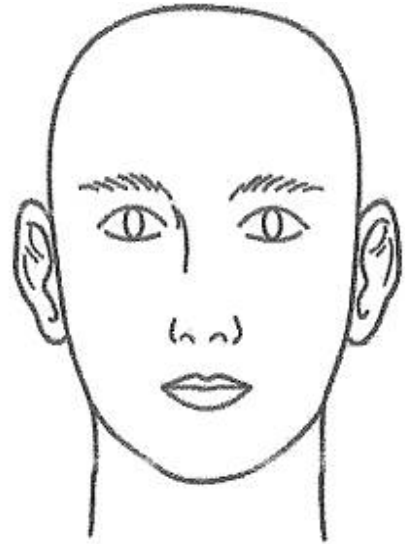
薬 ☐なし ☐あり（ ）
食品 ☐なし ☐あり（ ）
その他 ☐なし ☐あり（ ）

6. （女性の方のみ）妊娠中ですか？

☐いいえ ☐はい

7. （女性の方のみ）授乳中ですか？

☐いいえ ☐はい



◆検査データをお持ちの方はお渡してください◆

*記載された内容につきましては、個人情報保護法に基づき管理させていただきます。