

問 診 票

※できるだけ詳しくご記入ください。

記入日 年 月 日

※労災・自賠責の診察は行なっておりません。

ふりがな
氏名 性別：男・女 生年月日 昭・平・令 年 月 日(歳)

〒
住所 TEL

(I) どのような症状で来院されましたか

アトピー ・ しっしん ・ できもの ・ じんましん ・ ニキビ
イボ ・ 水虫 ・ かゆみ ・ いたみ

その他

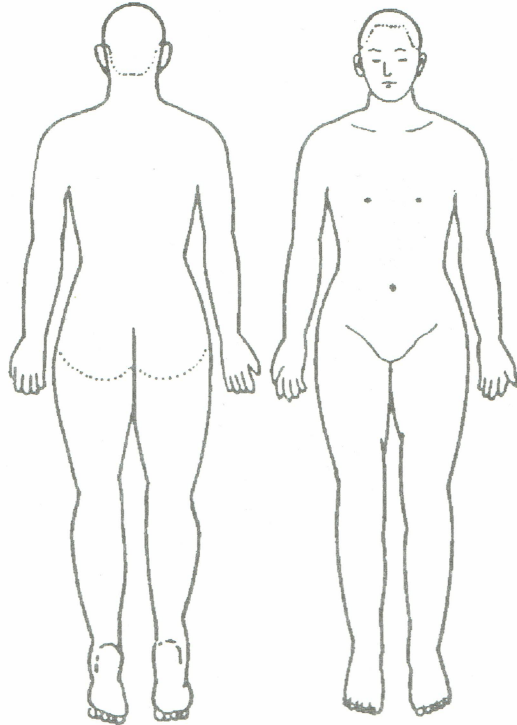
・症状がある箇所(右図)に印を付けて下さい →
・それはいつ頃からできましたか

・その原因について心当たりはありますか
(アトピーの方は、悪化しやすい季節はありますか)

・何か治療をされましたか(使用薬を記入して下さい)

・あなたや家族の人にアレルギーの方はいますか
(はい ・ いいえ)

アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ ぜんそく ・ アレルギー性鼻炎



(II) 現在、治療中の皮膚科以外の病気はありますか

(例：糖尿病・高血圧・高脂血症・胃潰瘍・肝臓病・腎臓病・心臓病・脳梗塞等)

・現在使用中の外用薬、内服薬を記入してください

・あわない薬はありますか(はい ・ いいえ) 薬品名：

・薬で眠くなったことはありますか(はい ・ いいえ) 薬品名：

(III) 女性の方へ 妊娠していますか(はい ・ いいえ)(月)(予定日 年 月 日)

授乳中ですか (はい ・ いいえ)(生後 月)

(IV) その他、参考になる事がありましたらご記入ください。

(医)たまき皮膚科