

皮膚科問診表

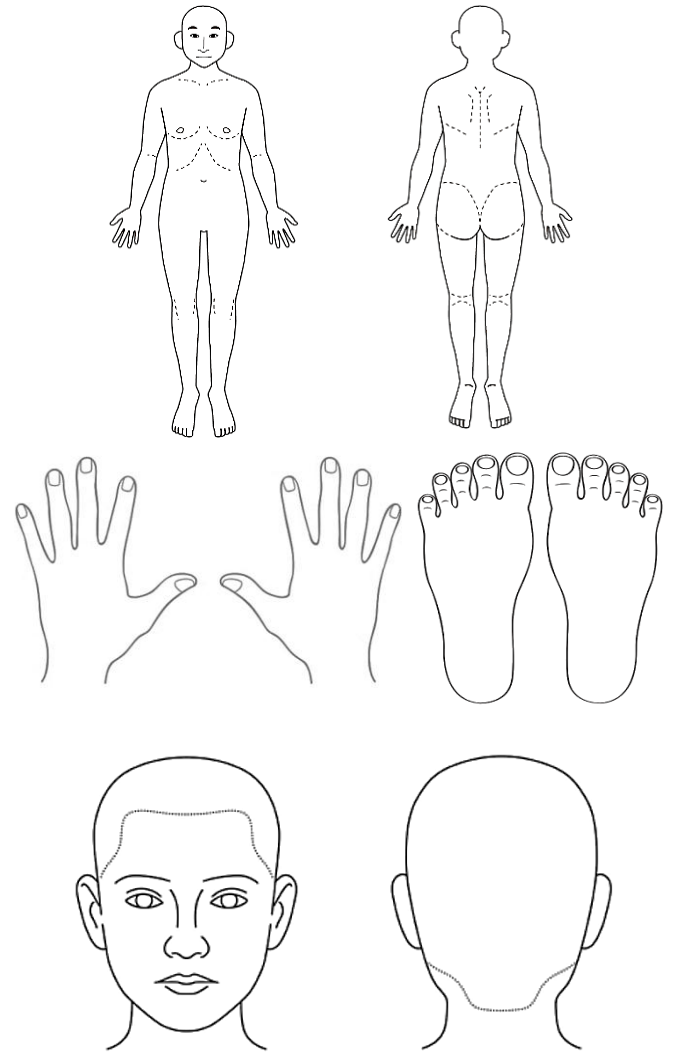
記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日
氏名	男・女	西暦・大・昭・平・令 年 月 日( 歳)
住所	〒	【15歳以下の方】 体重_____キロ
携帯電話		自宅電話

どのような症状ですか？

- ① かゆい    ② 湿疹    ③ アトピー    ④ ニキビ
- ⑤ 水虫    ⑥ いぼ    ⑦ できもの    ⑧ けが
- ⑨ 汗    ⑩ やけど    ⑪ 痛い    ⑫ 爪
- ⑬ ヘルペス    ⑭ 乾癬    ⑮ 带状疱疹
- ⑯ その他

症状のある部位に○を付けてください。



【自由診療】  
シミ・AGA・ピアス・医療脱毛・美容

いつからですか？

現在、治療中の病気がありますか？

- 高血圧・心臓病・糖尿病・肝疾患
- 腎疾患・緑内障・喘息・脳疾患
- その他( )

薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

- いいえ
- はい →原因( ) 症状( )

女性の方はお答えください。

- 妊娠中である     授乳中

当院では診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。