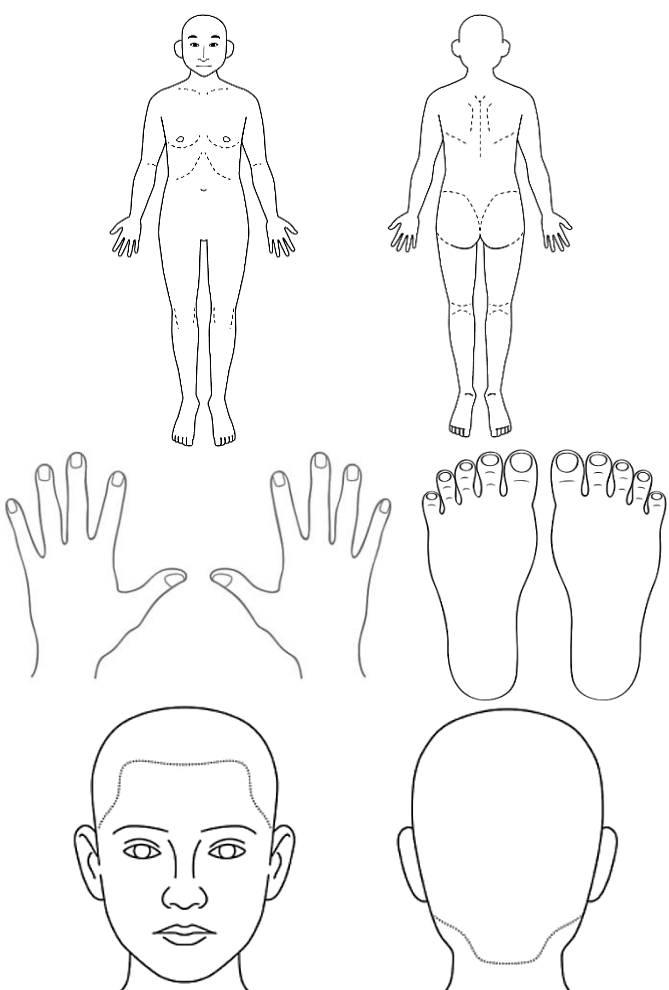


皮膚科問診表

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 帯状疱疹 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			

次にあてはまるものはありますか？ ☐ 1 週間以内の発熱 ☐ 水ぼうそうの疑いがある ☐ その他感染症の疑いがある		} 家族に同じ症状の方はいますか？ ☐ いいえ ☐ はい()
☐ あてはまるものはない		

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。