

問診票

年 月 日

| | | | | |
|------|---|--|----------------------|-----|
| フリガナ | | 生年月日 (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 | 歳 | 男・女 |
| お名前 | | | | |
| ご住所 | 〒 | — | 電話 | 自宅 |
| | | | 番号 | 携帯 |
| ご職業 | | お預かりしましたお電話番号に、緊急の場合お電話を 差し上げてよろしいでしょうか? (はい いいえ) | 診察部位のお化粧落とし (未 済) | |

1. 現在の症状について

症状のある部位に○をつけてください

いつから ()

症状: かゆい 赤い 痛い 腫れている 膿んでいる

カサカサ ぶつぶつ にきび いぼ ほくろ やけど

その他 ()

他の病院で処方されたお薬をご記入ください

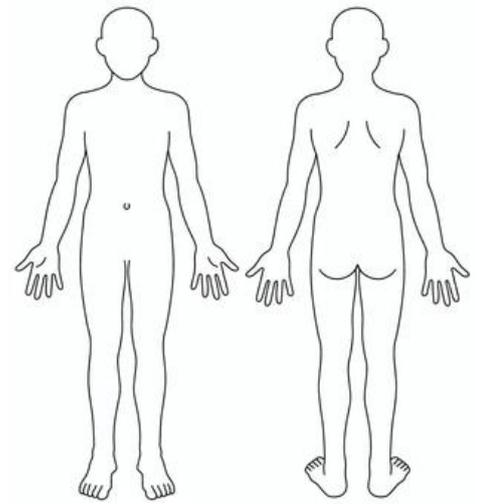
なし あり ()

お薬を使用して・良くなった ・変わらない ・安定している

・かぶれた ・悪化した

そのお薬は・今も使用している ・1ヶ月以上使用していない

・悪化時のみ使用



2. 治療中の病気や持病はありますか

・アトピー性皮膚炎 ・花粉症 ・喘息 ・糖尿病 ・心臓病 ・高血圧 ・肝疾患 ・腎疾患
・前立腺肥大 ・緑内障 ・その他() ・手術歴 ()

3. アレルギーの有無 (あり なし)

薬剤 () 食品 () アルコール消毒 金属 ゴム

4. (女性の方に) 妊娠の有無

・妊娠中 (月) ・可能性あり ・可能性なし ・授乳中

5. 自費治療のご提案について

・保険範囲内で治療希望 ・早く綺麗に治るのであれば自費治療を希望 ・聞いてから検討 ・わからない

6. 伝えておきたいこと、配慮が必要なことがございましたらご記入ください