

# 問 診 票

ふりがな		生年	大正・昭和・平成
お名前	(男・女)	月日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
ご住所	〒 -		ご職業
電話番号	- -	体重	小児の場合のみ
携帯電話	- -	本人・父・母・その他 ( )	K g
		体温	熱がありそうな場合
			℃

受診の理由をお伺いします。 **スムーズな診察のため、複数の症状がある場合もれなくご記入ください。**

●いつごろからですか

さきほど・今朝・昨晚・昨日・( ) 日前・( ) 週間前・( ) ヶ月前・( ) 年前

●どんな症状ですか (下記当てはまるものと図部位に○をつけてください)

**一般皮膚科部門**

かゆい 痛い 赤い ぶつぶつ 水虫 できもの しこり 腫れている 化膿 傷・ケガ 抜け毛 やけど  
にきび いぼ 虫刺れ 蜂 動物に咬まれた ( ) ほくろが心配 アレルギー検査希望 (症状 )

**美容皮膚科部門**

保険診療で可能なものは保険診療内でお受けしますのでご安心ください。

シミ ほくろを取りたい (ほくろ、シミ部分のお化粧は落として頂きます) くま しわ 薄毛 (AGA)  
レーザー脱毛 タイトニング イオン導入 ピアス ペレヴェ ハイドラフェイシャル  
ホワイトニング プラズマシャワー その他美容相談 ( )



●今回の症状で他院やご自身で何か治療をしていましたか ( はい・いいえ )

・医療機関で (名称 ) ・ご自身で

その内容 ( )

※お薬もわかればご記入ください

●お仕事中に起こった事故・ケガですか ( はい・いいえ )

●現在、ほかの病気で通院していますか ( はい・いいえ )

病名 :

治療内容 :

●現在、お薬を飲んでいますか ( はい・いいえ )

医療機関で処方されたお薬  市販のお薬

お薬名 ( )

●過去にかかった病気はありますか ( ある・ない )

病名 ( )

●ご家族に大きな病気の方はいますか ( はい・いいえ )

病名 ( )

●お薬や食べ物で発疹がでたり、気持ち悪くなるものはありますか ( ある・ない )

お薬名 ( ) 食べ物 ( )

●女性の方へ

妊娠中ですか ( はい [ 第 週 ] ・いいえ ) 拳児希望 ( はい・いいえ )

授乳中ですか ( はい・いいえ )

●治療法について何かご希望があればお書きください

