

はる皮フ科クリニック問診票

ふりがな		性別	男 ・ 女	年齢
お名前		生年月日	大・昭 平・令 年 月 日	歳
ご住所	〒 -	※12歳未満のお子様 → 体重 Kg		
		電話番号		
		携帯番号		

①本日はどのような症状で来院されましたか？

症状が出ている場所に○をつけてください。

[]

②症状に気づかれたのはいつ頃ですか？

[]

③症状に気づかれてから来院までに変化はありますか？

なし ・ あり

[]

④この症状に対してご自身あるいは、他院にて行った治療があればわかる範囲でお書き下さい。

※お薬手帳や検査データがあればご提出下さい。

[]

⑤今まで下記の疾患で皮膚科に通院したことがあれば○をつけて下さい。

[アトピー性皮膚炎 ・ 掌蹠膿疱症 ・ 乾癬 ・ じんま疹 ・ 皮膚癌 ・ その他 :

⑥現在、皮膚科以外で通院されているご病気や処方されているお薬があればわかる範囲でお書きください。

※お薬手帳や検査データがあればご提出下さい。

科	病名	お薬
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

⑦今までに下記の病気にかかった事があれば○をつけて下さい。

[結核 ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 癌、悪性腫瘍 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大
アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎 ・ ぜんそく ・ 花粉症]

⑧入院や手術歴があればお書き下さい。

⑨アレルギーはありますか？

なし ・ あり

薬 _____
 食べ物 _____
 その他 _____

⑩下記でかぶれたものがあれば○をつけてください。

[ヘアカラー ・ 化粧品 ・ 金属 ・ その他 :

⑪ご家族（血縁関係）の方で下記のアレルギー疾患があれば○をつけてください。

[アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎 ・ ぜんそく ・ 花粉症]
 どなたかお書き下さい。（ _____ ）

⑫女性の方へ、あてはまるものに○をつけてください。

妊娠の可能性なし ・ **妊娠の可能性あり** ・ **妊娠中**（ _____ ヶ月、出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日） ・ **授乳中**

