

# 問 診 票

高田馬場クリニック皮膚科

※発熱や全身に発疹がみられる方は受付にお申し出下さい。 受診日 令和 年 月 日

〔ふりがな〕

〔お名前〕

〔生年月日〕

大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)

〔性別〕 男・女 〔身長〕 cm 〔体重〕 kg

〔住 所〕 〒 \_\_\_\_\_ (郵便番号の記入をお願いします)

都・道

府・県

〔電話番号〕 自宅 ( ) - 携帯 ( ) -

①本日はどのような症状ですか？○を付けて下さい。

かゆい・痛い・赤くなった・カサカサする・腫れた・しこりがある・ジクジクする

・ニキビ・ホクロ・シミ・イボ・やけど・巻き爪・抜け毛・その他( )

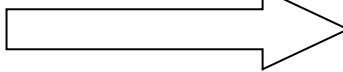
↳どのようなお手入れをされていますか？当てはまるものに○を付けて下さい。

クレンジング・洗顔・化粧水・美容液・乳液・UV

☆化粧品は、ノンcomedジェニック製品を使用していますか？ はい・いいえ

☆自費診療について興味がありますか？ はい・いいえ

②症状が出ている所を右の図に○を付けて下さい。



③症状はいつ頃からありますか？

( ) 日前 ( ) 週間前 ( ) ヶ月前 ( ) 年前

④この症状で今までに治療を受けたことがありますか？

なし あり (病院名 薬剤名 )

⑤現在治療中の病気はありますか？

なし あり (病名 薬剤名 )

⑥また、近親者にご病気の方はいますか？

なし あり (病名 薬剤名 )

⑦これまでに食べ物や薬などで何か異常が出たことがありますか？

なし あり (食品名・薬剤名 )

⑧これまでに次のような病気にかかったことはありますか？ あれば○をつけて下さい。

ぜんそく・アトピー性皮膚炎・じんましん・糖尿病・帯状疱疹・緑内障・前立腺肥大

その他( ) 感染症の有無：無・有( )

⑨女性の方へ…現在、妊娠や授乳をしていますか？

いいえ 妊娠中( 週目) 妊娠の可能性ある 授乳中

⑩当院をどのようにお知りになりましたか？

診療所を外から見て ・ 家族や知人から ・ HP を見て ・ iタウンページを見て

インターネット(検索ワード: ) その他( )

