

皮膚科問診票

うえだ皮膚科内科クリニック

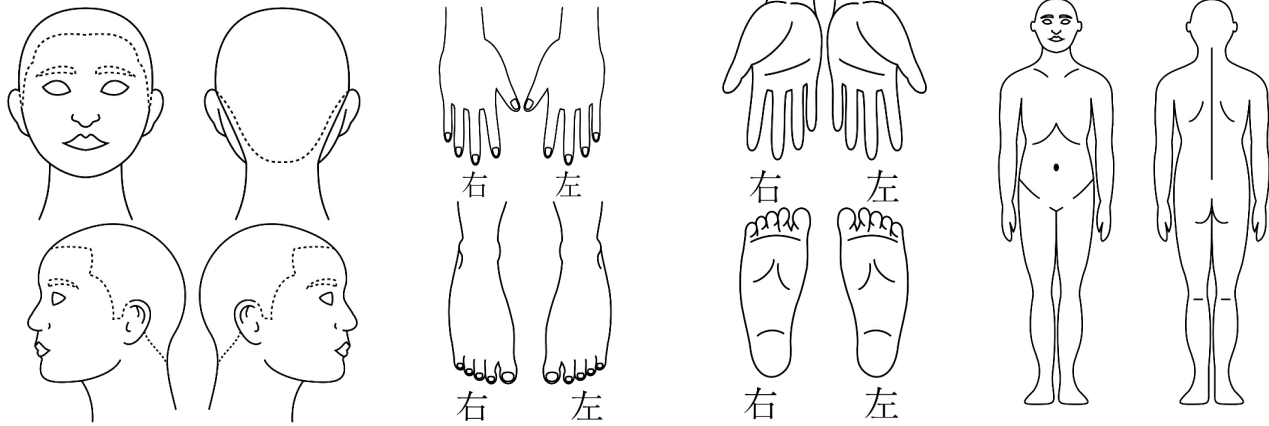
お名前 ふりがな	男・女	歳	職業
(郵便番号 -) 住所:			
電話	携帯電話		
身長 cm・体重 kg	既婚・未婚		子供 人
当院を何でお知りになりましたか? 近所・当院のホームページ・インターネット・知人の紹介 () ・その他 ()			

1: 今日どのようなことで来院されましたか。

①かゆみ・赤み・痛み・腫れ・水ぶくれ・いぼ・ほくろ・水イボ・にきび・ニキビ跡・毛が抜ける・できもの・しみ・その他
【

②いつごろからですか? (年 か月 週 日) 前から

③症状のある部位すべてを○で囲んでください。



④本日の症状で、今までかかっていた病院や皮膚科がありましたら治療上の参考になりますので、詳しくご記入をお願いします。
【

2: 現在治療中又は以前にかかった病気はありますか? ○をつけて下さい。

() アトピー性皮膚炎 () アレルギー性鼻炎 () 喘息 () 前立腺肥大 () 糖尿病 () 高血圧 () 腎臓病
() 肝臓病 () 心臓病 () 高脂血症 () 痛風 () その他【

3: 現在飲んでいる薬はありますか? はい・いいえ 薬名【

4: 過去に注射や飲み薬・塗り薬・点眼薬やその他の薬で何か異常が起こったことはありますか?
ない・ある【

5: たばこは吸われますか? はい (1日 本) ・いいえ

6: ご家族でアレルギー体質やアレルギー性疾患があるといわれた人がいますか?
続柄 (親子・兄弟・祖父母) 病名【

7: クリニックでは漢方治療を行っています。治療のご希望はありますか? はい・いいえ

8: クリニックでは、美容診療を行っています。気になるお悩みや治療があれば○をお付けください (複数可)
しみ・そばかす・くすみ・額のしわ・眉間のしわ・ほうれい線・フェイスラインのたるみ・毛穴・にきび・ニキビ跡・痩せたい
ピアスの穴あけ・脱毛・プラセンタ注射・その他【

9: ドクターから自分に合った化粧品を進めてほしいという希望がありますか? はい・いいえ

10: 妊娠していますか? いいえ・わからない・はい (ヶ月) 妊娠の予定がある

11: 授乳中ですか? はい・いいえ