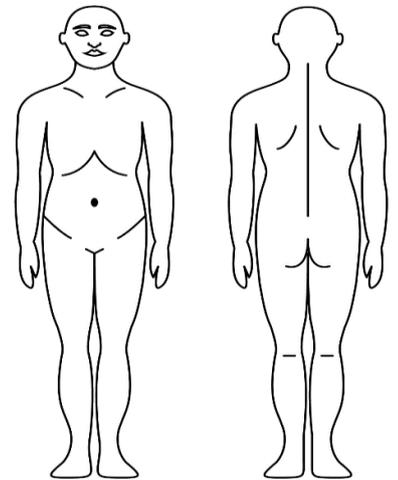


うえだ皮膚科内科皮膚科問診票

ふりがな	男・女	歳	職業
お名前			
(郵便番号 -)			
住所：			
固定電話			
携帯番号	体重	k g (子供のみ)	
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・ 知人の紹介 () ・看板・通りがかり ・ その他 ()			

1：どのようなことで来院されましたか。() に**部位**を記入してください。

- ① かゆみ () ・赤み () ・痛み ()
 いぼ () ・ほくろ () ・水いぼ ()
 できもの () ・ニキビ・ニキビ跡 ()
 毛が抜ける・その他 ()



② izzogoroからですか？ ()

③ 症状のある部位すべてを**右の図を○で囲んでください。→**

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 ・ てんかん ・ 緑内障 ・ 肝臓病
- ・ 心臓病 ・ 腎臓病 (透析している ・ 透析していない)
- ・ 高脂血症 ・ がん その他【 () 】

3：現在使用しているお薬の名前をすべて教えてください。(飲み薬・塗り薬・点眼薬・健康食品など)

ない ・ ある

お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください。

【 () 】

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【薬剤名： () 症状： () 】

5：クリニックでは、自費治療もおこなっております。症状により適応と判断した場合、より適切な治療を

おこなうため、自費治療はおすすめしてもいいですか？ (はい・いいえ)

6：たばこは吸われますか？ (はい (1日 本) ・いいえ)

7：ペットは飼っていますか (飼っていない ・ 犬 ・ 猫 ・ その他【 () 】)

8：何かスポーツはされていますか？ (いいえ ・ はい 【何を () 】)

9：ご家族でアレルギー体質やアレルギー性疾患をお持ちの方、その他 ご病気の方はいらっしゃいますか？

続柄（親子・兄弟・祖父母） 病名【 】

10：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・必要であれば
ご希望のある方は漢方問診票を書いていただきますので、受付にお申し出ください。

11：クリニックでは、**美容診療**を行っています。カウンセリングを希望されるお悩みがあれば○をお付け
ください（複数可）

※予約制のため後日予約をとらせていただきます。当日も空いてればお受けすることも可能です。

しみ・しわ・たるみ・くすみ・脱毛・薄毛・額・美容点滴・プラセンタ注射

その他【 】

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

12：**授乳中ですか？** はい（お子さんの月齢 歳 月） ・ いいえ

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、ご記入できましたら、受付までお持ちください。

順番にお呼びいたしますのでお待ちください