

うえだ皮膚科内科皮膚科問診票

ふりがな お名前	男・女	歳	職業
(郵便番号 -)			
住所：			
固定電話	(子供のみの) 体重		k g
携帯番号			

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・SNS・知人の紹介 () ・看板・通りがかり ・ その他 ()

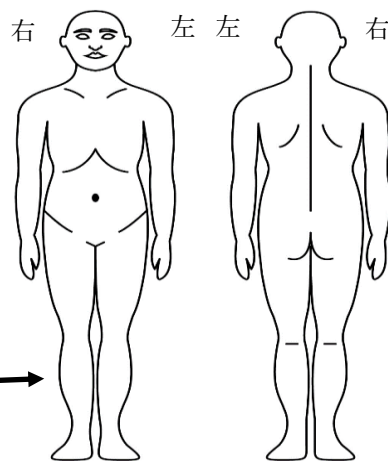
1：どのようなことで来院されましたか。() に **部位** を記入してください。

- ① かゆみ () ・ 赤み () ・ 痛み ()
- いぼ () ・ 水いぼ () ・ 毛が抜ける ()
- できもの () ・ ニキビ・ニキビ跡 ()
- ほくろ () → 除去希望 (はい・いいえ) いつからあるほくろか ()
- その他 ()

② いつごろからですか？ ()

- どこかで治療したことがありますか？ はい・いいえ
- はいの方 → 最後に処方された時期 ()
- 処方された薬 ()

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 ・ 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 ・ 緑内障 ・ 肝臓病 ・ 精神疾患
- ・ 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ください。マイナでの確認の場合はお声掛けをお願い致します。 】

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：睡眠時間は十分にとれていますか？【 時～ 時まで。 計 時間】

8：ペットは飼っていますか 飼っていない ・ 犬 ・ 猫 ・ その他【 】

9：何かスポーツはされていますか？ いいえ ・ はい【何を 】

10：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【 】 】

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 ・ くすみ ・ しわ ・ たるみ ・ 脱毛 ・ 薄毛 ・ 美容点滴 ・ プラセンタ注射 ・ 美容外科
- その他【 】

12：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

13：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。