

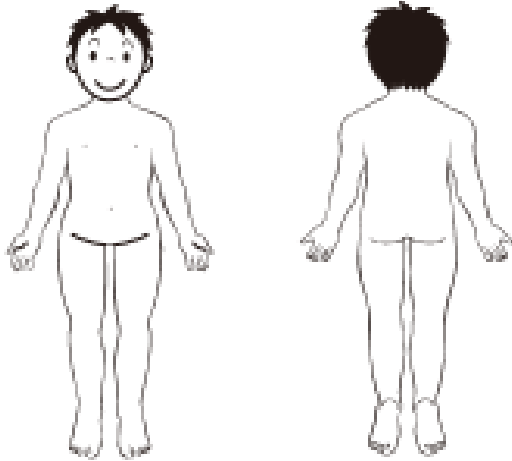


# 皮膚科問診票

お名前 \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

1. 本日診察を希望される場所を○で囲んでください



2. 症状が出たのはいつ頃ですか？ ( )
3. どのような症状・病気ですか？ ( )
4. 今回の症状の原因として思い当たることがありますか？  
 (薬・食べ物・化粧品・仕事・どこかに出かけた・体調の変化 など)  
 特になし  
 あり ( )
5. この症状について今まで他の医療機関で治療を受けていれば記入して下さい  
 病院名 ( )  
 治療内容 ( )
6. アレルギーはありますか？  
 特になし  
 あり ( )
7. 現在、皮膚科以外で治療している病気や内服している薬はありますか？  
 特になし  
 あり  
 病気 ( )  
 内服薬 ( )
8. 今までに肝機能障害、腎機能障害と指摘されたことはあれば○をつけて下さい  
 肝機能障害      腎機能障害
9. 漢方治療は希望されますか。 はい・いいえ・どちらでもよい
10. 女性の方のみ○をつけて下さい  
 妊娠中ですか？      はい・可能性あり・いいえ  
 授乳中ですか？      はい・いいえ

※薬の一覧表、お薬手帳があれば提出お願いいたします。