

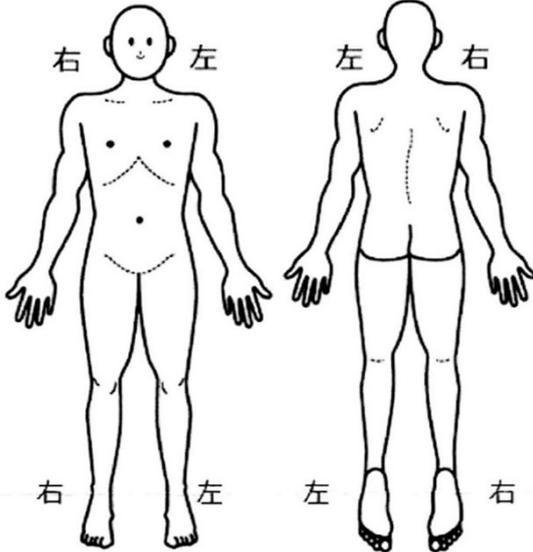
問診票（皮膚科）

記入日 西暦 年 月 日 カルテNo.

ふりがな				性別	男性 ・ 女性	
お名前	さま					
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	年齢	満 歳
体重	小児の方のみ 体重			k g		
住所	〒 -					
電話番号	自宅 () -		携帯 () -			

①どこに、どのような症状がありますか？（症状のある場所に○で囲んで下さい。）

・どのような症状ですか？



アトピー・花粉症・じんましん・湿疹・かゆみ
いたみ・水虫・虫さされ・手あれ・巻き爪・やけど
ほくろ・イボ・水イボ・できもの・にきび・しみ
あざ・たこ・うおのめ・毛が抜けやすい
頭がかゆい・ふけが気になる・円形脱毛症
その他 ()

・その症状はいつ頃からですか？

() 頃から

・その症状に対して他院で治療をしていましたか？

いいえ ・ はい
はいの方はどのような治療をされてきましたか？

()

②今までに指摘された病気についてお聞かせください。 なし あり
ありの方は該当項目にチェックをお願いします。

肝臓 腎臓 糖尿病 高血圧 心臓病
その他 ()

③今現在、服用中の薬はありますか？

なし

※お薬手帳があればご提出下さい。

あり→（薬品名：)

④過去にお薬や歯科の麻酔、食べ物でアレルギー（ショック・じんましん・気分不良等）を
起こしたことはありますか？ なし あり ()

⑤女性の方は・・・妊娠の可能性はありますか？ なし あり

授乳中ですか？ いいえ はい

★自費診療を希望される方

☆本日の受診目的に○をつけてください。

・カウンセリング希望 ()

・レーザー脱毛（部位)

・ピーリング（にきび・くすみ・しわ・小じわ）

・レーザー（しみ・そばかす・あざ）

・ピアス

・医療用美顔器（超音波クレンジング・イオン導入・エレクトロポレーション・リフティング）

・プラセンタ注射

・にんにく注射

・その他 ()

★当科・当院を知ったきっかけは何でしょうか？ ※複数回答可

他科も含め通院中 家族・知人の紹介 ホームページやネット検索・SNSなど

DAITO TIMEやチラシなど 他医療機関からの紹介(紹介元:)

その他 ()