

ID

予約（無・有 → : ）/自（ ）

皮膚科問診票

PM（外出・院内）

受診日：平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
氏名	男・女		年 月 日 歳
住所	〒	TEL	
		携帯番号	

◎体重 [. kg] ※小学生以下のお子様は必ずご記入下さい。

1.いつ頃からどのような症状でお困りですか。（詳細は診察室でお話下さい。）

いつ頃からですか。 頃から

どのような症状ですか。

お仕事上の発症ですか。 いいえ はい

2.今までに薬剤でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

いいえ はい → 薬剤名： 症状：

3.今までに大きな病気・ケガ・手術歴などがありましたら記入して下さい。

いいえ はい → :

●現在服用中のお薬がある方は医師へお話下さい。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

4. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり

授乳中ですか いいえ はい

5.（当院が初めての方にお聞きします）当院をどのようにしてお知りになりましたか。

- 1) 紹介（知人 医療機関） 2) 通りがかり 3) インターネット 4) 新聞折込チラシ 5) ばど 6) ちいき新聞
7) 看板 8) 手配りチラシ 9) その他（ ）

下記の検査や治療についてご要望がございましたら、欄にチェックして下さい。

アレルギー検査：血液検査によってアレルギー体質の診断を行います。（食物・動物・植物アレルギー検査など）

AGA（男性型脱毛症）：治療には男性型脱毛症(AGA)の治療薬が効果的です。

わきが、多汗症：20%塩化アルミニウム水溶液を用いることによって効果があります。

上記内容は医師の診断の元に行う治療行為となります。患者様の病態によってはご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。