

問診票

年 月 日 たいよう皮膚科クリニック

ふりがな		性別 男・女	年齢	体重 (お子様の場合)	kg
お名前					
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	電話番号	携帯 自宅		
現住所	〒				

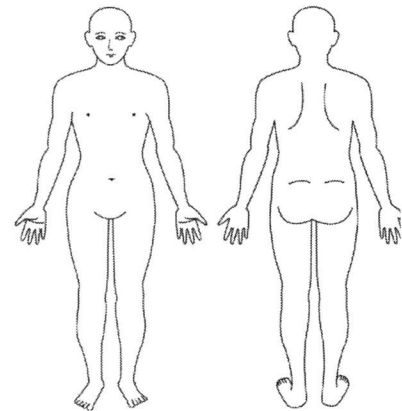
本日おかかりの症状についてお尋ねします。

・いつごろからですか？

・どの部位ですか？右の図に○をつけてください。

・どのような症状ですか？

かゆい 痛い 腫れている かさかさする 赤くなる
 じくじくする けが 火傷 鼻水 くしゃみ 鼻づまり 眼の痒み
 その他の症状を具体的に記入ください。



・上記の症状に対して検査や治療を受けたことがありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方は分かる範囲で記入してください。

と診断された。

医療機関 で

・検査 ・薬（内服・外用） ・その他

・現在、常用しているお薬（内服・外用・サプリメント含む）はありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方は具体的に記入ください。

・過去に大きな病気やケガをしたり、手術を受けたことがありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方は具体的に記入ください。

・今までに、薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方は具体的に記入ください

・女性の方へ 現在妊娠中、またはその可能性がありますか？

はい ・ いいえ

授乳中ですか？

はい ・ いいえ

★領収書と別に、診療明細書の発行（無料）を希望しますか？

はい ・ いいえ