

かしわら皮膚科クリニック 問診票

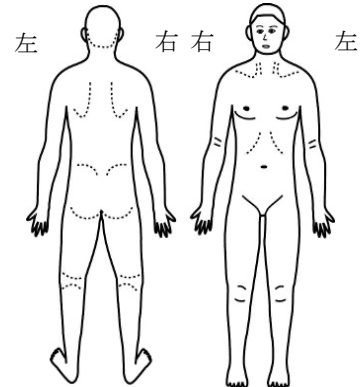
記入日 年 月 日

フリガナ	性別 男・女
氏名	生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳
住所（初診のみ） 〒 -	
電話番号	携帯電話

◆本日の受診目的と場所に○を付けてください

症状はいつからでしょうか？（ ）

かゆい かぶれ 痛い 腫れ できもの イボ
湿疹 アトピー性皮膚炎 じんましん 虫刺され
ニキビ・ニキビあと ほくろ シミ 肝斑
乾癬 ヘルペス 乾燥肌
脱毛症 やけど ケガ
水虫 巻き爪 たこ 魚の目
その他【 】



◆今回の症状の原因として、思い当たることがありますか？ ☐ない ☐ある

ある場合は記入をしてください（薬・食べ物・化粧品・仕事・どこかに出かけたなど）
【 】

◆食物や薬でアレルギーを起こしたことがありますか？ ☐ない ☐ある

ある場合は記入をしてください

【卵・牛乳・小麦・その他（ ）】

【抗生物質・かぜ薬・痛み止め・局所麻酔薬・その他（ ）】

◆女性の方のみお答えください。

☐妊娠中である（ 週） ☐妊娠していない ☐授乳中である

◆現在、皮膚科以外で治療をしている病気や服用している薬はありますか？

*おくすり手帳を持参の場合は、受付に提出をしてください。

☐飲んでいない ☐飲んでいる（ ）

◆車・バイクなどの運転・高所などの危険作業をしますか？

運転・危険作業を ☐毎日 ☐たまに（ 程度） ☐しない

◆当院をどのようにしてお知りになりましたか？

☐知人・家族（ 様）のご紹介 ☐ホームページ ☐インスタグラムを見て

☐医療機関からの紹介（病院名： ）

ご記入ありがとうございました。