

◆◆◆皮膚科問診票◆◆◆

受診日 年 月 日

フリガナ			生年月日
お名前	男	大 昭 平 令	年 月 日 (歳)
	女		
ご住所	〒		
TEL	携帯	ご職業	
	自宅		
当院をどのように お知りになりましたか？	インターネット検索（検索ワード () ・通りがかり ・知人のご紹介 (様より) ・当院の美容オンライン診療を受けたことがある		

*マイナンバー保険証をご利用の方へ～マイナンバーによる診療情報の取得に同意されますか？はい・いいえ

①今日はどのような事でいらっしゃいましたか？ イラストで症状のある部位に○をつけてください

《保険診療》

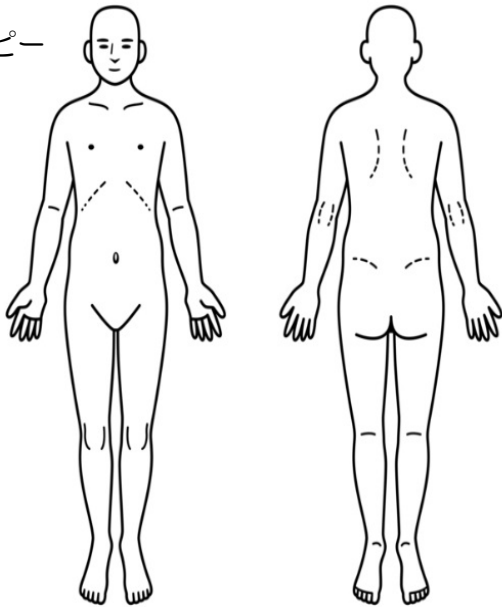
かゆみ ・ 痛み ・ できもの ・ 水虫 ・ いぼ ・ ニキビ ・ アトピー
しっしん ・ かぶれ ・ その他 ()

※その症状でいつごろからお困りですか？

1～3 日前から ・ 1 週間前から
1 か月前から ・ それ以前 (頃から)

《美容診療》

脱毛 ・ しみ ・ しわ ・ ほくろ ・ ピアス (両耳 片耳)
抜け毛 ・ ゼオスキン希望 ・ その他 ()



②この症状で治療をうけたことはありますか？

いいえ はい

③現在、治療中のご病気や飲まれているお薬はありますか？

いいえ はい ----> (疾患名 :
内服中のお薬 :)

④過去に大きなご病気をされたことはありますか？

いいえ はい ----> (病名 :)

⑤今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことはありますか？

いいえ はい ----> (薬品名 :
食べ物 :)

⑥お酒、たばこは摂取しますか？

いいえ はい ----> お酒 : 杯 / 日 たばこ : 本 / 日

⑦女性の方はお答えください

妊娠されていますか？ いいえ はい わからない
授乳中ですか？ いいえ はい

ご記入ありがとうございました。一旦、外出をご希望される方は受付にお声がけよろしくお願いします。