年　月　日　　**皮膚科問診票**　　カルテNO

フリガナ		男・女	電話番号	（自宅）
氏　名				（携帯）
			職　業	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　月　日生（　才）		住　所	〒

美容皮膚科のご相談、治療はすべて**保険適用外**となります。別途カウンセリング料がかかります。ご了承ください。

1）本日の症状についてお聞きします。

・左の図の症状があるところに○をつけて下さい。

・いつ頃からですか。（　から）

・どのような症状ですか

かゆい　痛い　ぶつぶつ　かさかさ

赤み　水ぶくれ　やけど　水虫　ニキビ

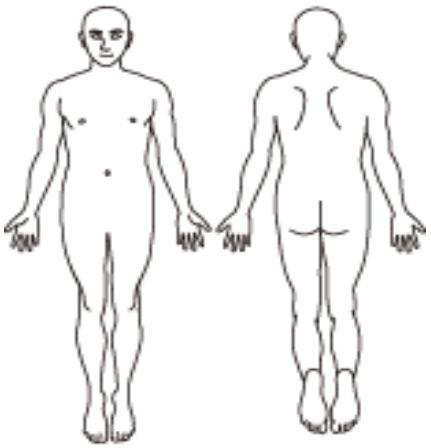
いぼ　タコ/魚の目　じんましん　アトピー　ピアス

その他（　）

・思い当たる原因は何ですか？○をつけて下さい。

薬　食べ物　化粧品　虫に刺された　特に原因なし

その他（　）



3）この症状で、現在あるいは過去に治療を受けた事はありますか。

「はい」の方　→　医療機関名（　）

病名　（　）

はい　・　いいえ

2）これまでにかかった病気、または現在治療中の病気に○をつけて下さい。

高血圧　・　糖尿病　・　喘息　・　胃潰瘍　・　心臓病　・　腎臓病　・　肝臓病　・　リウマチ

痛風　・　脳梗塞/脳卒中　・　前立腺肥大　・　がん/腫瘍　・　甲状腺の病気　・　緑内障

心療内科疾患（うつ、不安神経症など）　・　その他（　）

医療機関名（　）

4）現在、何かお薬をのんでいますか？「はい」の方→お薬手帳をご用意下さい。

お持ちで無い方（お薬の名前：　）

はい　・　いいえ

5）今までお薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか。

「はい」の方→お薬・食べ物の名前（　）

はい　・　いいえ

6）普段、自動車の運転など、危険を伴う機械の操作をしていますか

はい　・　いいえ

7）女性の方にお尋ねします

・現在妊娠中ですか？　「はい」の方→【　】週

はい　・　いいえ

・授乳中ですか？

はい　・　いいえ

8）当院へは何を見て来院されましたか。○をつけて下さい

1.知人の紹介　2.ご家族が通院されている　3.通りがかり　4.ホームページ　5.グーグルマップ

6.広告をみた（　）　7.その他（　）

9）当院では保険外治療も実施しています。ご興味のあるものに○をつけて下さい。

1.しみ　2.しわ・たるみ　3.薄毛　4.毛穴・ニキビ跡　5.その他（　）　6. ご紹介不要

ご協力ありがとうございました。診察までしばらくおまちください。