

# 問 診 表

受付日 年 月 日

大塚皮膚科クリニック

フリガナ		男・女	生年 月 日	大・平 昭・令	年 月 日 ( 才 )	体 重	Kg
氏 名	様						
住 所	〒 —				職 業		
電 話				携 帯			

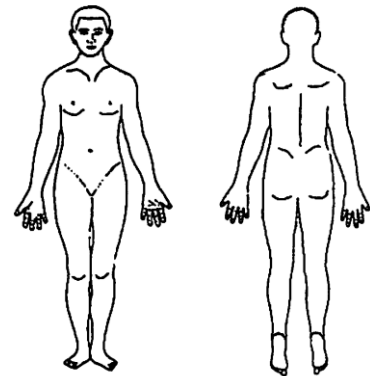
下記のご質問にお答えください。(チェックを入れてください)

1. 今日どのような症状で受診されましたか？

●いつ頃からですか？

●部位はどこですか？

- ☐ ( ) 日前から      ☐ あたま   ☐ かお   ☐ 首  
☐ ( ) 週間前から      ☐ 胸      ☐ 腹      ☐ 背中  
☐ ( ) ヶ月前から      ☐ 陰部   ☐ 臀部   ☐ 手   ☐ 足  
☐ ( ) 年前から      ☐ うで   ☐ 太もも ☐ すね  
☐ その他              ☐ その他  
( ) ( )



●どのような症状ですか？

- ☐ かゆみ   ☐ 痛み   ☐ 赤み   ☐ 腫れ   ☐ 乾燥   ☐ ニキビ   ☐ しこり   ☐ やけど   ☐ ほくろ   ☐ しみ  
その他 ( )

2. この症状に対し病院を受診したことがありますか？

- ☐ いいえ   ☐ はい→いつ頃ですか？ ( )

検査や使用した薬の内容を記入、またはお薬手帳を提示してください。

( )

3. アレルギーが疑わしい場合、その原因を調べたいですか？

- ☐ いいえ   ☐ はい   ☐ 相談したい

4. アレルギーはありますか？

- ☐ いいえ   ☐ はい→☐ 花粉   ☐ 金属   ☐ ほこり   ☐ ラテックス   ☐ 食べ物 ( )  
☐ 薬 ( )   ☐ その他 ( )

5. ケロイド体質（傷をしたところにお肉が盛り上がってくる体質）と言われたことはありますか？

- ☐ いいえ   ☐ はい

6. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか

授乳中ですか

- ☐ いいえ   ☐ はい   ☐ 可能性あり      ☐ いいえ      ☐ はい

7. 今までに病気にかかったことはありますか？

- ☐ 喘息      ☐ 高血圧      ☐ 高脂血症      ☐ 心臓病      ☐ 肝臓病      ☐ 腎臓病      ☐ 花粉症      ☐ 糖尿病  
☐ 前立腺肥大   ☐ 緑内障   ☐ その他 ( )

8. 現在使用している薬があれば記入、またはお薬手帳を提示してください。

内服中のお薬：

---