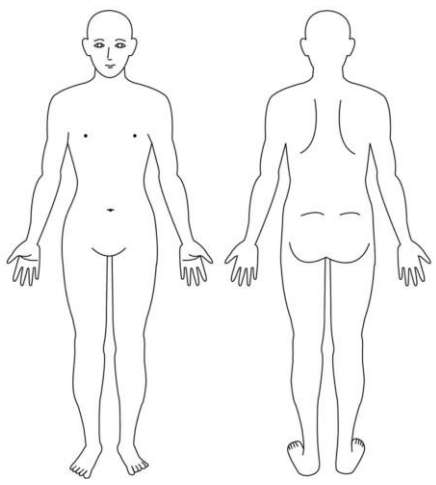
# 引地クリニック皮膚科問診票(初めての方)

*カルテ番号　　【　　】　　記入日:令和　　年　　月　　日

フリガナ

お名前

大 . 昭 . 平. 令　　年　　月　　日生



i) 上の図で、本日診察を希望される場所を◯で囲んでください。

ii) 症状が出たのはいつ頃ですか?

iii) どのような症状・病気ですか ◯をつけてください(複数回答可)

かゆい ・ 痛い ・ 水虫 ・ いぼ ・ できもの ・ ニキビ ・ じんましん ・ ホクロ・シ ミ

しもやけ ・ アトピー ・ やけど ・ 抜け毛 / 男性型脱毛治療希望・その他 (　　)

2. 今回の原因として思い当たることはありますか?・・・・・・・・( いいえ ・ はい )

はいの方→(原因: )(薬・食べ物・ 化粧品・仕事・おでかけ 等)

3. 今まで診断された病気や治療はありますか?・・・・・・・・・・( いいえ ・ はい ) はいの方→ アトピー性皮膚炎・ 花粉症・喘息・糖尿病・肝疾患・腎疾患・輸血 前立腺肥大 ・ 緑内障 ・ その他(　　)

4. 現在内服しているお薬があればご記入ください ※お薬手帳があれば提示をお願いします

5. アレルギー(食べ物、薬、花粉症)はありますか? はい・いいえ (わかる範囲内で御記載お願いします)

6. (女性の方に) 妊娠中 妊娠の可能性はありますか?　 はい ・　いいえ