

皮膚科問診表

年 月 日

ふりがな				生年月日	T・S・H・R	年 月 日(歳)
お名前				男・女	職 業	
住 所	〒					
携帯番号				電話番号		
身 長	cm	体 重	kg	ご来院のきっかけ：インスタ・HP・紹介・ご近所・その他		

*番地・号室などは正確に

1. いつ頃から、どのような症状でお困りですか？

いつ頃から：	() 日前	() 週間前	() ヶ月前	() 年前
部 位：				
症 状：				
この症状で他院受診歴はありますか？	☐ はい ☐ いいえ			
「はい」と答えた方（処方された薬名：				

2. 現在、何か病気の治療を受けていますか？

☐アトピー性皮膚炎 ☐花粉症 ☐喘息 ☐高血圧 ☐高脂血症 ☐糖尿病 ☐心臓病 ☐肝臓病
☐腎臓病 ☐甲状腺 ☐膠原病 ☐前立腺肥大 ☐緑内障 ☐その他 ()
 現在飲んでいるお薬名 ()

3. これまでに大きな病気にかかったことはありますか？

☐はい ☐いいえ → 「はい」と答えた方（病名： 時々頃：)

4. アレルギーはありますか？

☐はい ☐いいえ → 「はい」と答えた方（具体的に：)

5. 気になる内容がありましたら○をつけてください

多汗症 ・ 薄毛 ・ シミ ・ シワ ・ ホクロ ・ ニキビ跡 ・ 毛穴の開き、黒ずみ
 ゼオスキン相談 ・ スキンケア相談 ・ 医療脱毛 ・ 美容点滴、注射 ・ ボトックス注射
 ケミカルピーリング ・ ダーマペン ・ イオン導入 ・ 痩身、ダイエット治療

6. 飲酒、喫煙習慣はありますか？

★飲 酒：☐毎日飲む ☐時々飲む ☐飲まない ★たばこ：☐吸う（1日 本） ☐吸わない

7. 女性の方へ

- ㊐ 現在、妊娠中ですか？（妊娠の可能性・妊活を含む） ☐はい ☐いいえ
 ㊑ 現在、授乳中ですか？ ☐はい ☐いいえ

※ お薬手帳をお持ちの方は受付へお出してください



Medical Corporation SYOJUKAI
いとしま皮膚科クリニック