

春日後楽園皮膚科

問診票

No. _____ 年 月 日

※必須 カナ _____		性別 男性・女性 _____	
名前 _____			
生年月日 平成・令和 _____	年 _____	月 _____	日 _____
住所 (〒 _____)		年齢 歳 _____	体重 Kg _____
電話番号 自宅 _____		携帯 _____	

1. 本日はどのような症状がありますか？

かゆい、いたい、肌荒れ、赤み、湿疹、かぶれ、じんま疹、
 水虫、巻き爪、いぼ、にきび、大きくなった、
 多汗、しみ、しわ、くすみ、くま、たるみ
 その他 (_____)

2. その症状はどの部位に見られますか？ 右の図に記入してください。

3. その症状はいつ頃からありますか？

(_____)

4. その症状に関して治療したことはありますか？ (はい いいえ)

はいと答えた方は、他院から処方されているお薬や市販薬などがあれば記入して下さい。

〔内服:

〕〔外用:

5. 現在治療中の病気や怪我がありますか？ (はい いいえ)

具体的に→ (_____)

6. 現在使用している薬はありますか？ (はい いいえ)

〔内服:

〕〔外用:

7. 薬、麻酔、食品などで何かアレルギーがありますか？ (はい いいえ)

具体的に→(_____)

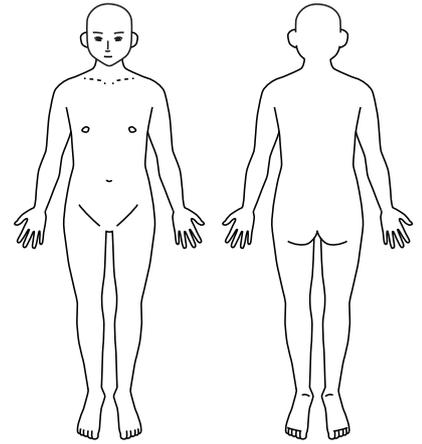
8. 血縁者（ご家族）に皮膚疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか？ (はい いいえ)

具体的に→ (_____)

9. 当院をどのようにお知りになりましたか？

看板を見て・知人/友人の紹介・通りがかり・Google・Yahoo・EPARK・アイチケット・iタウンページ・
 Facebook・バス広告・その他 (_____)

10. そのほか何か気になる点やご希望の治療などございましたら記入してください。



右 左

