

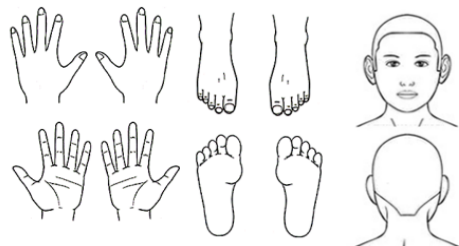
# 問診票

年 月 日

フリガナ 氏名	男 ・ 女	住所	〒 -
生年月日	西暦 年 月 日 ( 才 )	電話番号	
ご職業		体重	kg

1. どのような症状・診察内容で受診をご希望ですか？下記イラストの該当箇所に○をつけてください。

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> あざ（赤・青・黒・茶）     | <input type="checkbox"/> しみ       |
| <input type="checkbox"/> できもの、粉瘤         | <input type="checkbox"/> そばかす     |
| <input type="checkbox"/> やけど             | <input type="checkbox"/> 肝斑（かんぱん） |
| <input type="checkbox"/> ケロイド            | <input type="checkbox"/> ほくろ      |
| <input type="checkbox"/> 傷あと、外傷性瘢痕       | <input type="checkbox"/> 刺青、タトゥー  |
| <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂            | <input type="checkbox"/> 脱毛（減毛）   |
| <input type="checkbox"/> 巻き爪             | <input type="checkbox"/> アピアランス   |
| <input type="checkbox"/> その他、皮膚症状<br>( ) |                                   |



2. いつごろから症状がありますか？

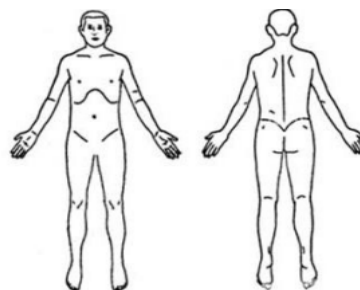
年 月 日頃から

3. 原因として考えられることはありますか？

- いいえ  
はい… ( )

4. この症状がでてからどこかの医療機関を受診したことがありますか？

- いいえ  
はい…受診日： 年 月頃 医療機関名： 病院・医院・クリニック  
 治療内容：診察のみ、投薬（軟膏・内服薬）、点滴、レーザー、手術、その他 ( )



5. 下記の病気にかかっている、あるいはかかった事がありますか？

- |                                   |                              |                                  |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 不整脈      | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> 喘息      | <input type="checkbox"/> 肝臓病 |
| <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 脂質異常症   | <input type="checkbox"/> 腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 高血圧      | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 | <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                              |

6. 現在飲んでいる薬はありますか？

- いいえ はい…お薬手帳（あり・なし・忘れ） 薬の名前（手帳ありの場合は不要）

[ ]

7. お薬、注射などで副作用、食べ物などでアレルギーがありましたか？○をつけてください。

- いいえ はい

8. 血縁者で悪性疾患や遺伝性疾患であると診断を受けた方はみえますか？

- いいえ  
はい 続柄 ( ) 病名 ( ) 手術名 ( )

9. 経過確認のために写真を撮らせていただきますが、よろしいでしょうか。

- はい いいえ

10. 女性の方におたずねします。現在、妊娠・授乳していますか？

- いいえ はい 可能性がある 授乳中

ご協力ありがとうございました。その他何かご要望などあればお書きください。

