

塚口やまもと皮膚科問診票

ふりがな

氏名 _____ (男・女) 職業 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____

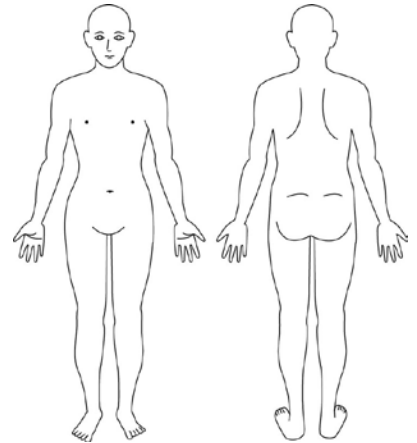
電話番号 (自宅) _____ (携帯) _____

①症状が出たのはいつからですか? (_____) ころから

②部位はどこですか? 右の図の該当する場所を○で囲ってください。

③どのような症状ですか? 丸をつけてください。(複数回答可)

赤み・かゆみ・いたみ・ぶつぶつ・みずぶくれ・かさつき・ジクジク
イボ・みずいぼ・円形脱毛・みずむし・爪みずむし・巻き爪・にきび
じんましん・アトピー・やけど・男性型脱毛症・ED
その他 (_____)



④その症状に対して現在すでに何か治療をされていますか? (はい ・ いいえ)

はい、と答えられた方はどこでどんな治療を受けましたか?

(_____)

⑤現在、治療中の病気はありますか? (はい ・ いいえ)

はい、と答えられた方はどんな病気ですか?

(_____)

⑥現在服用しているお薬はありますか? (はい ・ いいえ)

はい、と答えられた方はどんなお薬ですか?

(_____)

⑦薬、食べ物などでアレルギーをおこしたことがありますか? (はい ・ いいえ)

はい、と答えられた方は、どんなものでどんな症状がでましたか?

(_____)

⑧女性の方のみお答えください。

現在、妊娠されていますか?あるいは、その可能性はありますか? (はい ・ いいえ)

現在、授乳中ですか? (はい ・ いいえ)

⑨当院をどちらでお知りになりましたか?

・インターネット ・ 知人の紹介 ・ 通りがかり ・ チラシ ・ その他 (_____)