

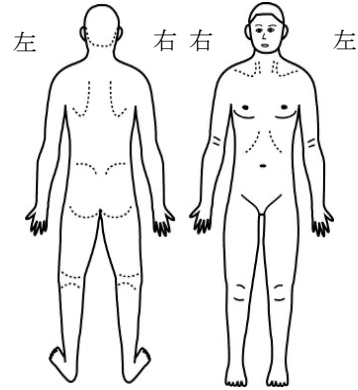
かしわら皮膚科クリニック 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ 氏名	性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 歳
住所（初診のみ） 〒 -		
電話番号	携帯電話	

◆本日の受診目的と場所に○を付けてください

かゆい かぶれ 痛い 腫れ できもの イボ
 湿疹 アトピー性皮膚炎 じんましん 虫刺され
 ニキビ・ニキビあと ほくろ シミ 肝斑
 乾癬 ヘルペス 乾燥肌
 脱毛症 やけど ケガ
 水虫 巻き爪 たこ 魚の目
 その他【



◆今回の症状の原因として、思い当たることがありますか？ ない ある

ある場合は記入をしてください(薬・食べ物・化粧品・仕事・どこかに出かけたなど)
 【

◆食物や薬でアレルギーを起こしたことがありますか？ ない ある

ある場合は記入をしてください

【卵・牛乳・小麦・その他()】

【抗生物質・かぜ薬・痛み止め・局所麻酔薬・その他()】

◆女性の方のみお答えください。

妊娠中である (週) 妊娠していない 授乳中である

◆現在、皮膚科以外で治療をしている病気や服用している薬はありますか？

*おくり手帳を持参の場合は、記載不要です。診察時に提出をしてください。

飲んでいない 飲んでいる ()

◆車・バイクなどの運転・高所などの危険作業をしますか？

運転・危険作業を 毎日 たまに(程度) しない

◆当院をどのようにしてお知りになりましたか？

知人・家族(様)のご紹介 ホームページ インスタグラムを見て

医療機関からの紹介(病院名:)

ご記入ありがとうございました。