



けんおう皮膚科クリニック

KENOH DERMATOLOGY CLINIC

問診票

受け付け日 令和 年 月 日

フリガナ
(必ず記入)

氏名 男・女 生年月日 明治・大正・昭和 平成・令和 年 月 日 (歳)

〒 ー 電話番号 () 住所 携帯番号 ()

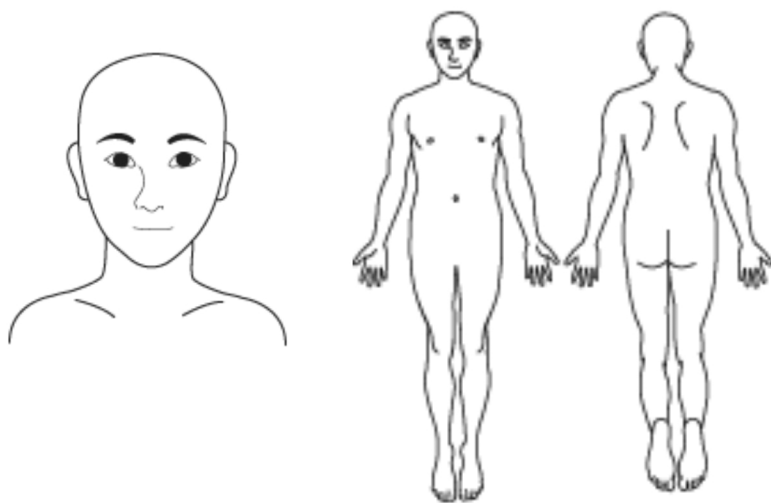
職業 (具体的に) 体重 (小児のみ) Kg

問1 いつからどんな症状がありますか？

a) いつから (年前、 ヶ月前、 週前、 日前) から

b) 部位 (下の図に○をつけてください)

c) 症状



- 1) かゆい
- 2) 痛い
- 3) 赤い
- 4) 水疱
- 5) 皮がむける
- 6) いぼ
- 7) 水虫
- 8) ほくろ
- 9) 円形脱毛症
- 10) にきび
- 11) しみ
- 12) シワ
- 13) レーザー脱毛
- 14) その他 ()

問2 現在、治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

病名 () 病院名 ()
治療薬 ()

～お薬手帳をお持ちでしたら、問診票と一緒にお願いします～

問3 今までにどんな病気にかかったり、治療したことがありますか？

1. アトピー性皮膚炎
2. アレルギー性鼻炎 (花粉症)
3. 喘息
4. 糖尿病
5. 心臓病
6. 高血圧
7. 胃潰瘍
8. 肝疾患
9. 腎疾患
10. 膠原病
11. 前立腺肥大
12. 緑内障
13. 手術 ()
14. その他 ()

問4 薬、食物、貴金属などでアレルギーの経験がありますか？ (はい・いいえ)

薬、食物、貴金属などの名前 ()

問5 <女性の方に> 現在妊娠中、もしくはその可能性がありますか？

1. 現在、妊娠している (か月)
2. 可能性あり
3. 可能性なし

問6 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- ・ご紹介者 (様より)
- ・ご家族 (様より)
- ・医院前を通るため
- ・道路の看板
- ・駅の看板
- ・電柱看板
- ・ホームページ
- ・Instagram
- ・その他 ()

問7 その他にお気づきの点がありましたらご記入ください。

()