

赤坂虎の門クリニック問診票 (皮膚科)

氏名： _____ 男・女 年齢： _____ 歳

1. 症状について

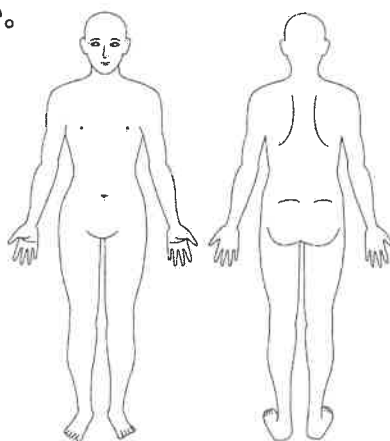
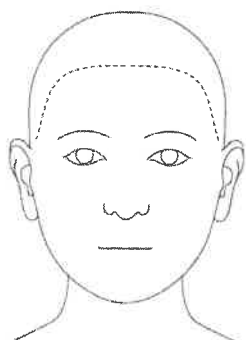
- 本日はどうなさいましたか。○をつけてください。

ニキビ 蕁麻疹 湿疹 皮膚炎 あざ (赤・黒・青・茶)

ほくろ しこり 水虫 化膿 皮膚のカサカサ ヘルペス

爪について がんの心配 その他 (_____)

- 症状のある部分に○をつけてください。



2. それはいつごろからですか (_____)

3. この症状について今までに何か治療を受けたことがありますか。

なし・あり→ (治療内容： _____)

4. 今までに大きな病気または手術を受けたことがありますか。

なし・あり→ (病名・手術名： _____) (年齢： _____ 歳)

5. 現在治療されている病気はありますか。

高血圧 心臓病 (不整脈) 緑内障 (眼圧が高い) 糖尿病 喘息 貧血

アレルギー疾患 肝臓病 腎臓病 がん (_____) 精神疾患

その他 (_____)

6. 現在お薬をお飲みですか。

いいえ・はい (薬名： _____)

7. アレルギーはありますか。

なし・あり ありの方は、アレルギー物質とその時の症状をお書きください

お薬 (_____) 症状 (_____)

食品 (_____) 症状 (_____)

その他 (_____) 症状 (_____)

ご記入ありがとうございます。受付へお渡しくください。