

平成 年 月 日

皮膚科 問診票

ふりがな

お名前

生年月日 大正 昭和 平成

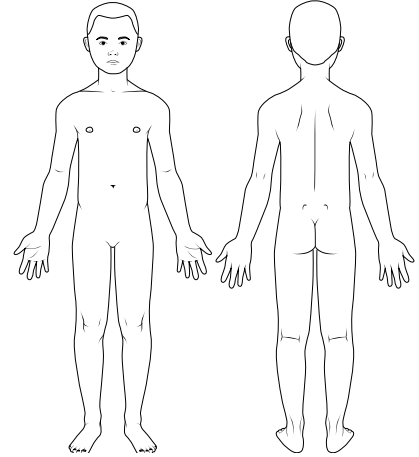
ご住所 ㊦

身長 cm 体重 kg

男 ・ 女

日生 才 (ヶ月)

下の図に印をつけて下さい。



電話番号 ☎

お仕事

① どうなさいましたか？

かゆい 痛い 紅い にきび

やけど 水虫 じんましん

みずいぼ いぼ うおのめ

その他

② いつからですか？

生まれたときから 日前 週前 月前 年前

③ これについて何か治療を受けましたか？

はい・いいえ

④ 今までに病気や手術をしたことがありますか？

はい・いいえ

アトピー性皮膚炎 アトピー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 喘息 じんましん

手術・その他

⑤ 現在、服用している薬はありますか？

はい・いいえ

⑥ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

はい・いいえ

⑦ 現在、妊娠している可能性はありますか？

はい・いいえ

⑧ 現在お使いの製品名を書いてください。

洗顔クリーム () 石けん ()

シャンプー () リンス ()

食器洗剤 () 洗濯洗剤 ()

柔軟剤 () その他 ()