

◆◆◆皮膚科問診票◆◆◆

受診日 年 月 日

フリガナ			生年月日
お名前	男	大 昭 平 令	
	女	年 月 日 (歳)	
ご住所	〒		
TEL	携帯	ご職業	
	自宅		
当院をどのようにお知りになりましたか？	宇野医院に通院中 ・ 通りがかり ・ インターネット（検索ワード） 知人のご紹介（ 様より） ・ その他		

①今日どのような事でいらっしゃいましたか？

イラストで症状のある部位に○をつけてください

《保険診療》

かゆみ ・ 痛み ・ できもの ・ 水虫 ・ いぼ

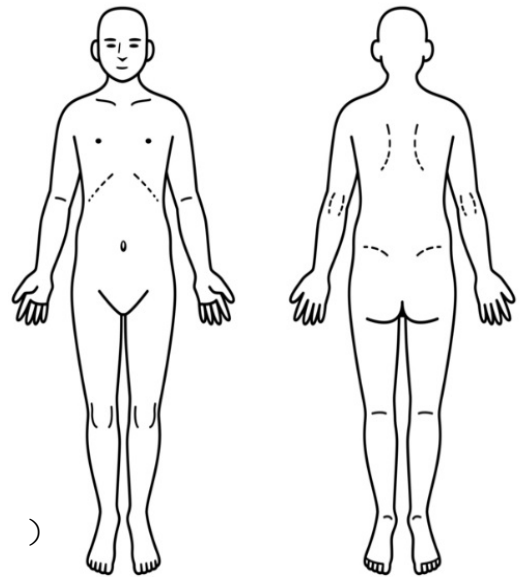
ニキビ ・ アトピー ・ しっしん ・ かぶれ

その他 ()

※その症状でいつごろからお困りですか？

1~3日前から ・ 1週間前から

1か月前から ・ それ以前 (頃から)



《美容診療》

ピアス ・ 脱毛 ・ しみ ・ しわ ・ ほくろ ・ 抜け毛

ゼオスキン希望 ・ その他 ()

②この症状で治療を受けたことはありますか？

いいえ はい

③現在、治療中のご病気や飲まれているお薬はありますか？

いいえ はい ----> (疾患名：
内服中のお薬：)

④過去に大きなご病気をされたことはありますか？

いいえ はい ----> (病名：)

⑤今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことはありますか？

いいえ はい ----> (薬品名：
食べ物：)

⑥お酒、たばこは摂取しますか？

いいえ はい ----> お酒： 杯/日 たばこ： 本/日

⑦女性の方はお答えください

妊娠されていますか？ いいえ はい わからない

授乳中ですか？ いいえ はい

ご記入ありがとうございました。一旦、外出をご希望される方は受付にお声がけよろしくお願いします。