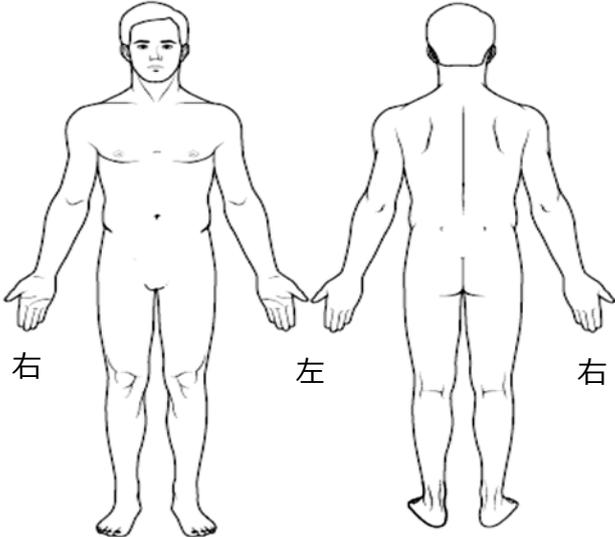


皮膚科 問診票

氏名		体重	kg
		※小学生以下のお子様はご記入ください	

<p>1. いつからお困りですか () 頃から</p> <p>2. どのような症状ですか</p> <p> <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> ぼつぼつ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> かさかさ <input type="checkbox"/> 赤み <input type="checkbox"/> やけど (工作中・それ以外) <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> イボ <input type="checkbox"/> 水虫 <input type="checkbox"/> ニキビ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> AGA(自費) <input type="checkbox"/> ハイドロキノン(自費) <input type="checkbox"/> ピアス(自費) </p>	<p>3. 症状のある部位はどこですか 図の中に○をつけてください</p>  <p style="text-align: center;">右 左 右</p>
<input type="checkbox"/> 症状の引き続き治療 <input type="checkbox"/> お薬が無くなった <input type="checkbox"/> 証明書・診断書等の希望	

この症状で、治療を受けたことはありますか いいえ はい

現在内服している薬はありますか いいえ はい (お薬手帳: あり なし)

内服している薬 ()

今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはありますか

- 喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 前立腺肥:
 緑内障 その他 ()

薬や食べ物のアレルギーはありますか

- 薬 : いいえ はい
 食べ物 : いいえ はい

- 薬剤名 : 症状 :
 食べ物名 : 症状 :

女性の方のみお答えください

- ※妊娠中ですか: いいえ はい 可能性がある
 ※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。お手数ですが受付窓口までご提出ください。

