

# 問診票

\_\_\_月\_\_\_日

(フリガナ)

お名前 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_歳 男性 / 女性

郵便番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

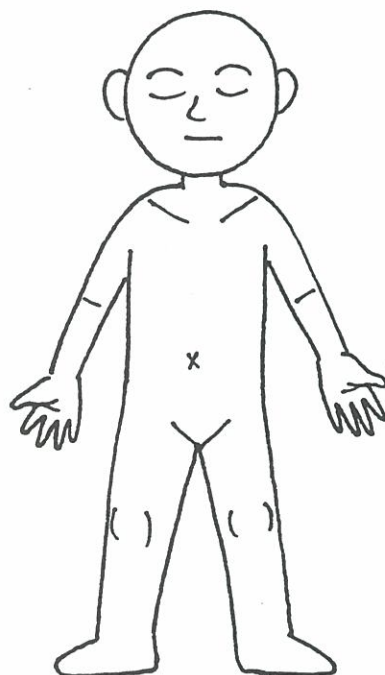
ご住所 \_\_\_\_\_

1) 本日はどうなさいましたか？

1. かゆいところがある。
2. ぶつぶつができています。
3. ヤケドをした。
4. できもの/イボ/ホクロがある。
5. 水虫かも。
6. その他 \_\_\_\_\_

いつごろから \_\_\_\_\_

どこに (右の絵に印を付けてください)



2) 何かぬり薬をぬったり、飲んだりしていますか？  
いいえ/はい (くすり \_\_\_\_\_)

3) 今までに、あるいは現在治療されている皮膚以外の  
病気はありますか？いいえ/はい  
(\_\_\_\_\_)

4) 3) で毎日飲んでいるくすりはありますか？  
おわかりになれば、薬の名前を書いてください。  
(\_\_\_\_\_)

お薬手帳があれば、ご準備ください。

5) 薬のアレルギーはありますか？  
いいえ/はい (\_\_\_\_\_)

6) 女性の方のみ  
現在妊娠の可能性はありますか？  
いいえ  
はい ( \_\_\_ヶ月 / \_\_\_週)

