

澄川たかだ皮膚科クリニック 問診票

カタカナ _____ 男・女 体重 _____ kg

■ 氏名 _____ 身長 _____ cm

■ 生年月日 大・昭・平 _____年____月____日 (_____歳 _____ヶ月)
〒 _____

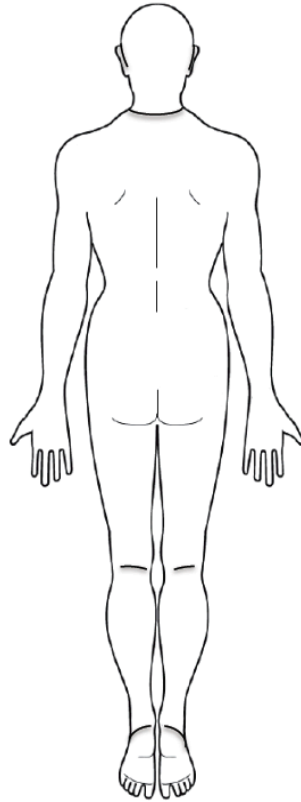
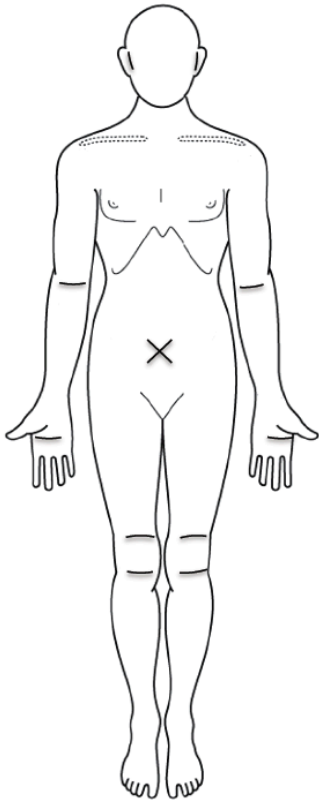
■ 住所 _____

■ 連絡先 ☎ _____ ご職業 _____

■ いつ頃からですか? _____

■ 部位・症状 下図に記入して下さい

かゆい・痛い・かさつき・赤み・湿疹・にきび・いぼ・水虫・ほくろ
脱毛・アトピー・じんましん・できもの・やけど・その他 _____



■ アレルギーはありますか? はい (薬・食物・その他)・いいえ

■ 今まで皮膚科を受診したことがありますか? はい・いいえ

■ 現在、治療中の病気はありますか? はい・いいえ

■ 女性の方のみ

現在 妊娠中ですか? はい (_____ヶ月)・可能性あり・いいえ

現在 授乳中ですか? はい (_____ヶ月)・いいえ

■ ご来院されたきっかけは何ですか?

紹介・看板・インターネット・その他 _____

■ お薬手帳をお持ちの方は受付に出して下さい

ご協力ありがとうございました