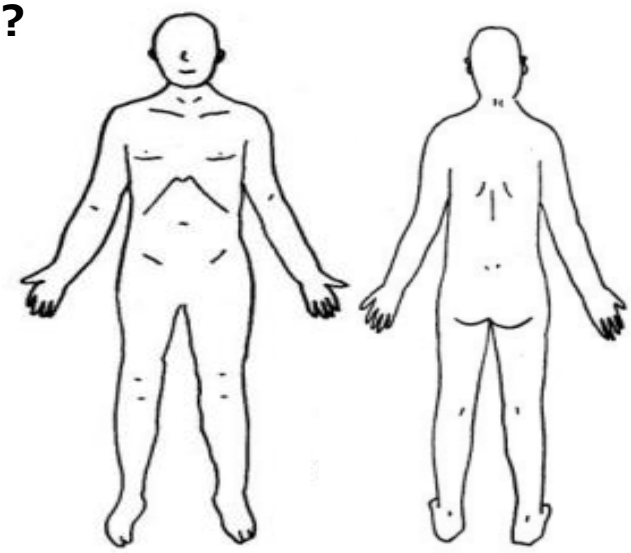
問　診　票

フリガナ		男 女	生年 月日	大 昭 平 令　　年　　月　　日　　才
氏　名				
住　所	〒 電話番号			
職　業		該当する場合は☑してください。 □妊娠中（出産予定日:　　） □妊娠の可能性あり　□授乳中		

1.いつからどこにどんな症状がありますか？

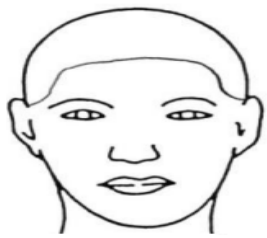
年　　月　　日から （　　程前から）



・症状に☑、部位に○をつけて下さい。
□ かゆみ □ 赤み □ いたみ □ できもの
□ 腫れ □ 水虫 □ イボ □ 水イボ
□ ニキビ □ しみ □ ほくろ □ やけど
□ 切り傷 ・すり傷 □ 脱毛症 □ＡＧＡ
□ その他（　　）

・この症状に対して何か治療をした方は、
治療内容や、使用した薬名をご記入下さい。

（　　）



2.下記の病気にかかったことがありますか？

□ アトピー性皮フ炎 □ アレルギー性鼻炎・花粉症 □ 喘息 □ 糖尿病 □ 高血圧
□ 心臓病 □ 腎臓病 □ 肝臓病 □ 膠原病 □ 前立腺肥大 □ 緑内障
□ その他 （　　）

3.現在飲んでいる内服薬はありますか？

□ なし □ あり → 薬剤名をご記入ください。
（　　）

4.食べ物、薬のアレルギーはありますか？

□ なし・不明 □ あり （　　）

5.その他 何か治療について希望がありますか？

□ なし □ あり （　　）

※最後に、来院されたきっかけを教えて下さい。
□ 当院を見て □ 家族が通院 □ 看板 □ ホームページ □ 紹介 □ その他（　　）

長良皮膚科