

皮膚科予診票

年 月 日 記入

お名前 _____

年齢 _____ 才

男・女

ご職業 _____

身長()cm 体重()kg

1. 症状

・ぶつぶつ・かさかさ・みずぶくれ・あかい

はれている・かゆい・痛い・その他()

・部位 右図に印をつけて下さい→

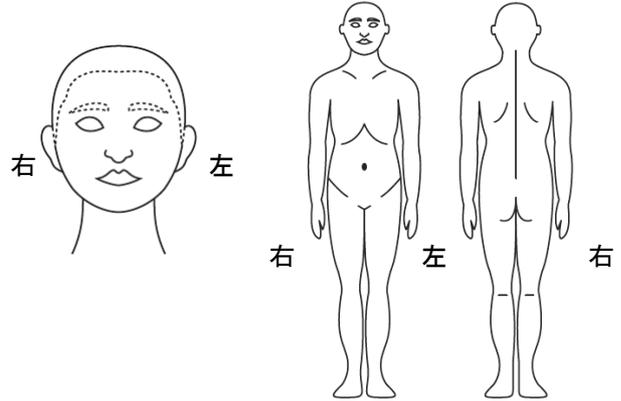
・いつから 年 月 日頃から

・原因と思われること()

・今までの治療は？
()病院・医院()科で()と診断された。

市販薬()を使用した。

()年()月()日まで治療した。現在も治療中である ・ ない



2. 既往症

・今までに下記の病気にかかったことはありますか？ ある ・ ない

(ある場合、下記の項目に○をして下さい。)

喘息・アレルギー性疾患()・緑内障・前立腺肥大・肝臓病・腎臓病・胃腸病・

心臓病・高血圧・糖尿病・膠原病・その他()

・現在使用している薬や健康食品がありますか？ ある ・ ない

薬品名をお書き下さい。

()

いつから使用していますか？ 年 月 日

・薬や注射でじんましんやショックなどの副作用がでたことはありませんか？ ある ・ ない
薬品名をお書き下さい。

()

・妊娠の可能性はありますか？(女性のみ) 無し ・ 有 ・ 分からない

・授乳中ですか？(女性のみ) はい ・ いいえ

当院は予約制となっております。
予約外の方は待ち時間が発生します。ご了承下さい。

