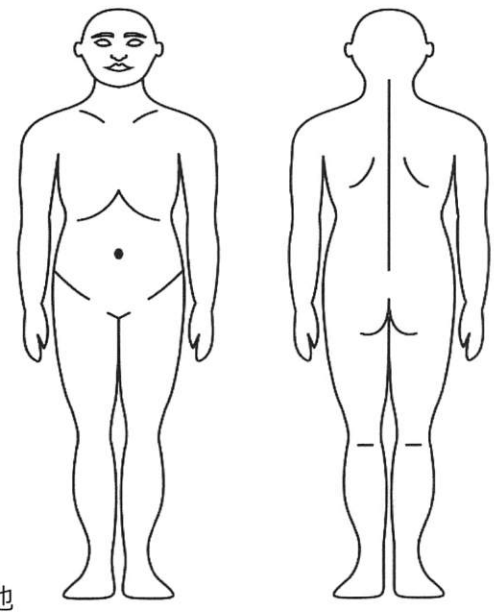
うえだ皮膚科内科皮膚科問診票

ふりがな お名前	男・女	歳	職業
（郵便番号　－　　）住所：			
電話		体重　　ｋｇ（子供のみ）	
当院を何でお知りになりましたか？ 近所・当院のホームページ・　知人の紹介（　　）・看板・通りがかり ・ その他（　　）			

1：どのようなことで来院されましたか。（　　）に部位を記入してください。



① かゆみ（　　）赤み（　　）痛み（　　）
いぼ（　　）ほくろ（　　）水イボ（　　）
できもの（　　）にきび ・ ニキビ跡
毛が抜ける ・ その他 【　　】

②いつごろからですか？【　　から】

③症状のある部位すべてを○で囲んでください。

2：現在治療中又は以前にかかった病気はありますか？ ○をつけて下さい。
アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 喘息 ・ 前立腺肥大 ・
糖尿病 ・ 高血圧 ・ てんかん ・ 緑内障 ・ 肝臓病 ・ 心臓病
腎臓病（透析している ・ 透析していない） ・ 高脂血症 ・ がん ・ その他
【　　】

3：現在使用しているお薬の名前をすべて教えてください。（飲み薬・塗り薬・点眼薬・健康食品など）ない ・ ある
お薬手帳をお持ちの方は受付にお出しください。
【　　】

4：過去に注射や飲み薬・塗り薬・点眼薬やその他の薬で何か異常が起こったことはありますか？
ない・ある【薬剤名：　　症状：　　】

5：たばこは吸われますか？ はい（１日　　本）・いいえ

6：ペットは飼っていますか　飼っていない ・ 犬 ・ 猫 ・ その他 【　　】

7：何かスポーツはされていますか？　いいえ ・ はい 【何を　　】

8：ご家族でアレルギー体質やアレルギー性疾患をお持ちの方、その他 ご病気の方はいらっしゃいますか？
続柄（親子・兄弟・祖父母） 病名【　　】

9：クリニックでは**漢方治療**を行っています。治療のご希望はありますか？ はい・いいえ・必要であれば
ご希望のある方は漢方問診票を書いていただきますので、受付にお申し出ください。

10：分院先八田院では、**美容診療**を多く扱っております。
当院 高杉院でもカウンセリングを希望されるお悩みがあれば○をお付けください（複数可）
しみ治療 ・ 炭酸ガスレーザー（イボ・ほくろ） ・ 美容点滴 ・ プラセンタ注射

11：**妊娠していますか？**　いいえ ・ わからない・はい（　ケ月） 妊娠の予定がある

12：**授乳中ですか？**　はい（お子さんの月齢　歳　ヶ月） ・ いいえ

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、ご記入できましたら、受付までお持ちください。順番にお呼びいたしますのでお待ちください