

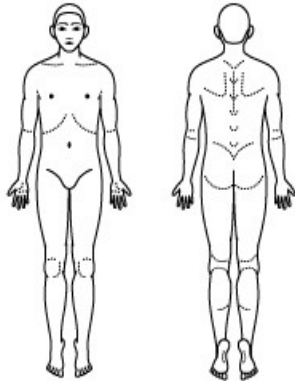
問診票

受診日 令和 年 月 日

ID:

フリガナ		男・女	生年月日			
氏名			大 昭 平 令	年	月	日 歳
住所	〒					
電話	自宅	携帯				

1. 本日はいかがされましたか？



- ① いつ頃から
- ② どのあたりが
左図で該当する箇所に○をつけてください。
- ③ どのような具合か

ニキビ できもの やけど アトピー 湿疹 かゆみ 腫れている 痛い
ケガ じんましん いぼ 脱毛症 ほくろ 虫さされ 水虫 巻き爪
タコ・ウオノメ アレルギー検査 その他()
シミなどの美容相談 ()

2. そのことについて、どこかで診察を受けられましたか？ (いいえ ・ はい)
(はい) の方⇒いつ頃 ()
どこで ()
どのような診断でしたか？()

3. アトピーの方でアトピー性皮膚炎に対する生物学的製剤（デュピクセント、ミチーガ、イブグリースなど）による治療について説明を希望されますか？ (いいえ ・ はい)

4. 今まで食べ物や薬の副作用アレルギーが出たことはありますか？ (いいえ ・ はい)
(はい) の方、○をつけてください。
※食品・薬品名 ()
※それはどのような症状でしたか？
1 頭痛 2 めまい 3 熱感 4 発疹 5 吐き気 6 しびれ 7 その他 ()

5. これまでに大きな病気やケガをされたことはありますか？
・ いいえ ・ はい ()

6. 現在治療中の病気またはケガはありますか？
・ 病名 ()

7. 常用されているお薬はありますか？ (いいえ ・ はい) ※お薬手帳があればご提示下さい。
・お薬名 ()

8. 女性の方へ
・現在妊娠の可能性はありますか？ (いいえ ・ はい)
・現在授乳していますか？ (いいえ ・ はい)

9. 当院を知られたきっかけは？ (インターネット・近所・知人紹介・他院紹介・チラシ・電柱広告)