問診票（一般皮膚科）

かな皮ふ科（皮膚科・美容皮膚科）
〒470-2309 愛知県知多郡武豊町梨子ノ木四丁目 130-2
電話：0569-84-1112

記入日：　　年　　月　　日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正・昭和 年　月　日 平成・令和
氏名					
住所				電話番号	

該当する項目に□にレ点をつけてご回答ください。お薬手帳お持ちの方はご提示ください。

①症状がでたのはいつからですか？

□今日から　□昨日から　□（　　）日前から　□（　　）週間前から
□（　　）カ月前から□（　　）年前から

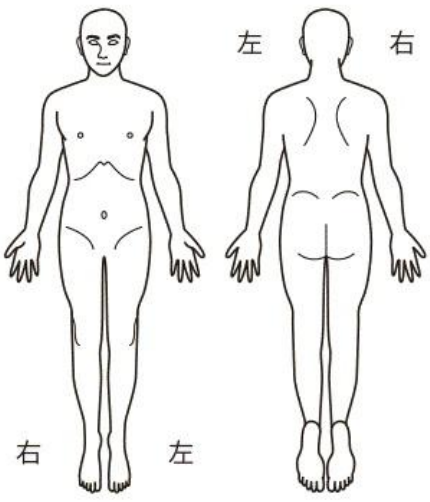
②症状について教えてください。

□かゆみ　□痛み　□赤み　□かさかさ　□かぶれ　□アトピー　□にきび
□じんましん　□単純ヘルペス　□帯状疱疹　□いぼ・水いぼ　□ ほくろ・できもの　□タコ・ウオノメ
その他（　　）

③上の症状に対してこれまで治療を受けられた方は治療内容について教えてください。

お薬手帳があれば提示をお願いします。
（　　）

④症状のある部位はどこですか？右図に○をつけてください。



⑤現在治療中の病気があればご記入ください。
（　　）

⑥過去に大きな病気や手術をされたことがあれば教えてください。
（　　）

⑦アレルギーをお持ちの方はご記入ください。

□ぜんそく　□アトピー　□花粉症　□アレルギー性結膜炎　□金属
□薬剤（　　）□食物　□その他（　　）

⑧女性の方のみご記入ください。現在妊娠中ですか？また、授乳中ですか？

□はい　妊娠（　　）ケ月　□いいえ　□妊娠の可能性あり　□授乳中

⑧診療や治療に関するご希望があれば教えてください。
（　　）

ご協力ありがとうございます。