

# けいこ皮膚科クリニック問診票

フリガナ \_\_\_\_\_ 生年月日（大正・昭和・平成・令和） \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 殿 男・女 \_\_\_\_\_ （ \_\_\_\_\_ 歳） 体重 \_\_\_\_\_ kg  
ご住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ ご職業 \_\_\_\_\_ (13歳未満の方)

☆未成年の方・75歳以上の方はご家族の連絡先を必ずご記入ください。

（ご記入がない場合、診察をお断りすることがございます。）

ご家族氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ） 電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 1. 本日の症状についてお聞きします。

• **右の図の症状があるところに○をつけて下さい。**

◎いつ頃からですか。（ \_\_\_\_\_ 頃から）

• **どのような症状ですか**

かゆい 痛い ぶつぶつ かさかさ  
赤み 水ぶくれ やけど 水虫 ニキビ  
いぼ タコ/魚の目 じんましん アトピー  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

水虫の相談の方⇒薬を使用中ですか？

（はい・いいえ）

• **思い当たる原因は何ですか？○をつけて下さい。**

薬 食べ物 化粧品 虫に刺された 特に原因なし  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

2. この症状で、現在あるいは過去に治療を受けた事がありますか。（はい・いいえ）

「はい」の方・・・医療機関名（ \_\_\_\_\_ ）病名（ \_\_\_\_\_ ）

**どのような薬が処方されましたか？**（ \_\_\_\_\_ ）

3. これまでにかかった病気、または現在治療中の病気に○をつけて下さい。

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎(花粉症) 喘息 高血圧 高脂血症 更年期障害  
糖尿病 胃潰瘍 心臓病 腎臓病 肝臓病 リウマチ 痛風 脳梗塞 前立腺肥大  
がん/腫瘍(部位 \_\_\_\_\_ ) 甲状腺の病気 緑内障 白内障 不眠症 ウイルス性肝炎  
梅毒 エイズ感染 心療内科疾患(うつ、不安神経症など) その他（ \_\_\_\_\_ ）  
医療機関名（ \_\_\_\_\_ ）

4. 現在、何かお薬をのんでいますか？（はい・いいえ）

「はい」の方・・・**お薬手帳をご用意下さい。**

→お持ちで無い方（**お薬の名前** \_\_\_\_\_ ）

5. 今までお薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか。（はい・いいえ）

「はい」の方・・・お薬・食べ物の名前（ \_\_\_\_\_ ）

6. 女性の方にお尋ねします。

• 妊娠中ですか？（はい【 \_\_\_\_\_ 】週・いいえ） • 授乳中ですか？（はい・いいえ）

7. 当院へは何を見て来院されましたか。○を付けて下さい。

知人の紹介 家族の紹介 ネット検索 携帯サイト 看板 バス車内放送  
以前から通っている その他（ \_\_\_\_\_ ）

～ご協力ありがとうございました。診察までしばらくお待ち下さい～

