



こすぎ皮膚科 問診表

Kosugi Dermatology Clinic

受付					診察券				
----	--	--	--	--	-----	--	--	--	--

※発熱や全身の発疹など具合の悪い方は、受付までお知らせ下さい。

受診日	令和 年 月 日		
氏名			
性別	男・女		
生年月日	M・T・S・H・R	年	月 日 () 歳
住所	〒		
電話番号	自宅 ()	携帯	()
体重	kg	職業	

(症状が複数ある場合は①、②と番号記載をお願いします。)

1. 皮膚の症状は、今どの場所にありますか？

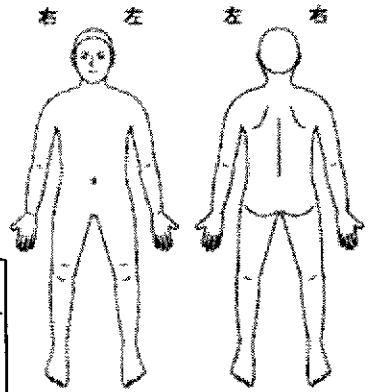
→右図に示して下さい。

2. 症状はいつ頃からありますか？

(約 年前 / 約 ヶ月前 / 約 週間前 / 約 日前 / 本日 時頃)

3. どのような症状がありますか？(当てはまるものすべてに○をつけてください)

- 痒み(強い/少し) ・ 赤み ・ 痛み ・ 腫れ ・ 乾燥 ・ ぶつぶつ
- じくじく ・ アトピー ・ 手湿疹 ・ 水ぶくれ ・ やけど ・ 皮むけ
- 虫刺 ・ ニキビ ・ 蕁麻疹 ・ イボ ・ ウオノメ ・ ヘルペス
- ホクロ(手術希望:有・無・相談) ・ できもの ・ その他()



4. 原因として思い当たることはありますか？

はい ⇒ ()

いいえ

5. 上記症状に対して何か治療をしましたか？(飲み薬・塗り薬 市販薬を含む)

はい ⇒ () ⇒効果(あり・なし)

いいえ

6. 今までに、薬や食物でアレルギー症状が出たことはありますか？

はい ⇒ ()

いいえ

7. 風邪薬やアレルギーの薬などで眠くなったことはありますか？

(とても眠くなる ・ 少し眠くなる ・ 全く眠くならない ・ わからない)

8. 車やバイクなど運転されますか？

(毎日運転する ・ ときどき運転する ・ 運転しない)

9. 今、持病がありますか？あるいは、今までに何か大きな病気をしましたか？

はい ⇒ アトピー性皮膚炎・気管支喘息・花粉症・緑内障・前立腺肥大症・高血圧・糖尿病・胃潰瘍

その他 () ・ いいえ

10. 今、何か薬を飲んでいますか？(市販薬を含む)薬の名前をお書きください。

※多数ある場合はお薬手帳を受付にご提出ください。

はい ⇒ ()

いいえ

11. 当院は何で知りましたか？

Web検索orインターネット・当クリニックホームページ・SNS・チラシ・ご家族からの紹介・ご友人からの紹介 医療機関からの紹介・薬局からの紹介・駅の案内・通りがかり

その他 ()

12. 女性の方へ

現在、妊娠中ですか？ または、妊娠の可能性はありますか？

はい ⇒ 判明した日(月 日頃) 現在()週目 予定日(月 日) ・ いいえ

現在、授乳中ですか？

(はい・いいえ)

ありがとうございました。