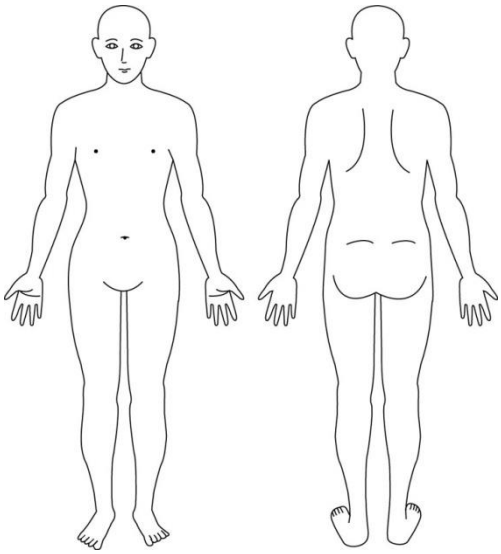
◎○ 問 診 票 ○◎

年　　月　　日

フリガナ 氏名		男・女	生年月日 （ 大正・昭和・平成・令和 ） 年　　月　　日　　歳
住所	〒	電話番号 （未成年の方は保護者の連絡先もご記入ください）	自宅： 携帯：
		身長・体重	cm　　kg

1. いつから、どのような症状がありますか
　また、その部位に丸を付けてください



いつから　：　　日前　　週間前　　ヶ月前

症　状　：　かゆい　痛い　できもの　水虫　いぼ
　　ほくろ　かさつき　にきび　巻き爪
　　シミ　発疹　脱毛　虫刺され

2. 上記の症状で、今までに医療機関を受診されましたか

　はい　（どこで　　）　・　いいえ

3. 今までにどんな病気にかかったり、治療をうけたりしましたか

（　　）

4. 入院や手術などをしたことがありますか

　ない　・　ある　（　その時の年齢:　　病名:　　）

5. 常用しているお薬がありますか

　ない　・　ある　（　お薬:　　）

6. 薬、食べ物などでアレルギーがあったことはありますか

　ない　・　ある　（その薬、食べ物:　　）

7. ＜女性の方＞現在妊娠中ですか、妊娠の可能性がありますか。また授乳中ですか

　いいえ　・　はい　⇒　（　妊娠　ヶ月　：　授乳中　）

8. 当クリニックにご来院されたきっかけは何でしょうか

□知人の紹介　□病院からの紹介　□ホームページ　□直接見て
□その他（　　）

松田皮膚科クリニック