問　診　票

洗顔時間	:
洗顔確認済	
お薬手帳	有　無
検査データ	有　無

初めての方だけでなく、診察間隔があいている方にも記載をお願いしています。
この問診票は、個人情報保護に関する基本方針に基づいて、
当院の個人情報の利用目的のために使用します。

※緊急連絡先は本人以外で連絡がつく方のご記入をお願いします。

カルテ番号	No.

記入日　　年　　月　　日

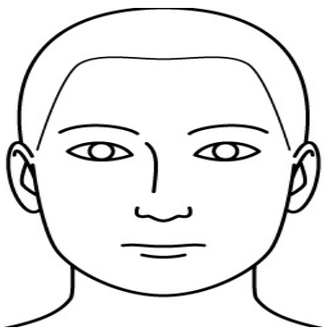
ふりがな 患者氏名	男 女	未婚 既婚	職 業
電話番号(自宅)	**生年月日　T ・ S ・ H ・ R　　年　　月　　日（　　才）**		
携帯電話	**緊急連絡先（続柄）**　　（　　）		
〒 住所			

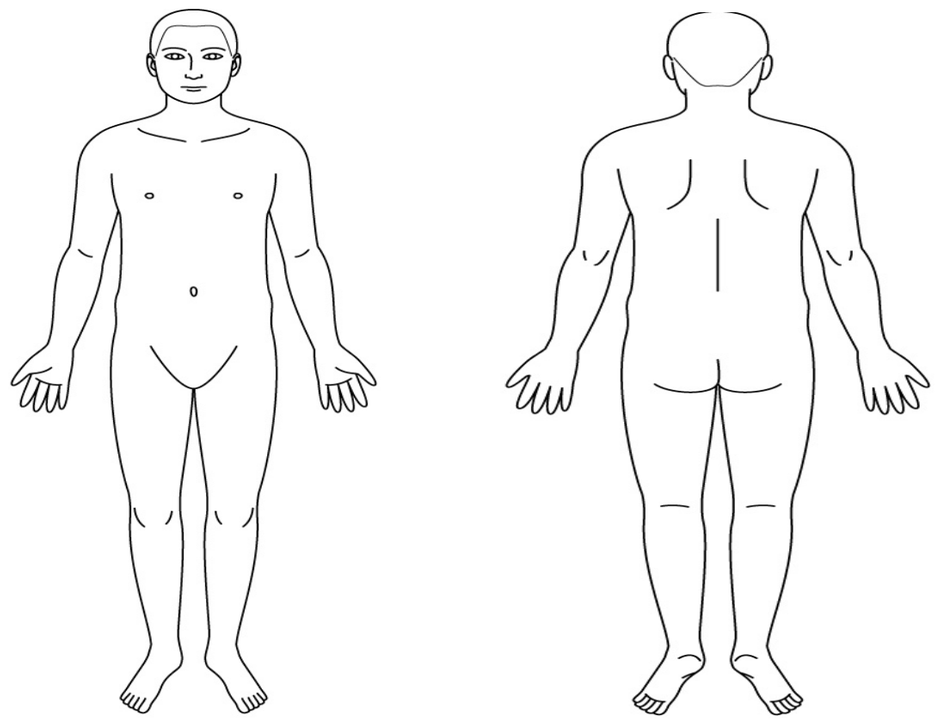
該当する項目に〇印又は、その内容をご記入下さい。

1. 発病時期

年　　月　　日頃　発症(発病)

2. 発症部位　症状のある部位に〇をつけてください。





3. 症　状

赤くなる、　ブツブツ、　皮がむける、　腫れる、　化膿する、　かゆい、　いたい、　ヒリヒリ、

ただれる、　黒くなる、　しみが出来る、　ムズムズする、　カサカサする、

その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4. これまでにどのような治療をしていましたか。

イ　他の医者にかかっていた。

ロ　売薬等を買ってつけていた。

ハ　何もしなかった。

ニ　その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〈裏面も記入して下さい〉

5.常用薬（日頃飲んでいたり、つけたりしている薬）

イ　有り　　薬剤名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ロ　なし

6. 他の疾患の有無（過去と現在）

イ　有り　　病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ロ　なし

7. アレルギー疾患の有無（過去と現在）

イ　気管支喘息にかかったことはありますか。　はい　いいえ

ロ　アレルギー性鼻炎にかかったことはありますか。　はい　いいえ

ハ　アレルギー性結膜炎にかかったことはありますか。　はい　いいえ

ニ　アトピー性皮膚炎にかかったことはありますか。　はい　いいえ

8.身体の状況

イ 妊娠していますか。又は、妊娠の可能性はありますはい（　　週）　いいえ

ロ　授乳中ですか。　はい　いいえ

ハ 食べ物で、じんましんが出る事がありますか。　はい　いいえ

原因食品＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ニ 薬を飲んで皮膚にぶつぶつが出たことがあります;はい　いいえ

原因薬剤＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ホ ぬり薬にかぶれたことがありますか。　はい　いいえ

原因薬剤＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ヘ 注射・麻酔・消毒液などの薬剤でアレルギー症状が出た事はありますか。　はい　いいえ

原因薬剤＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ト 歯科金属以外にペースメーカー、血管クリップ、人工骨などの金属が身体の中にありますか。

はい　いいえ

チ 化粧品でかぶれたことがありますか？　はい　いいえ

原因化粧品＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※痛みが強い方、体調不良の方、発熱のある方、はき気のある方はお申し出下さい。
※状態によって診察の順番が入れ替わることがありますので御了承下さい。
※顔面の診察を希望される方は、化粧を全て落とした状態で診せて頂きます。