

# 松永クリニック 問診票 (皮膚科) 年 月 日

◆労働災害、交通事故は対応できません (詳細は受付まで)。◆ご記入いただいた個人情報は厳重に管理されています。  
◆記入事項に変更があれば直ちにお申し出ください。 ◆安全の為に身体を固定することがありますがご了承ください。

フリガナ		性別	生 年 月 日 (年齢)		職 業
氏 名		男 女	昭 和 平 成	年 月 日 ( 才 )	
住 所	〒 -		携帯電話	- -	体 重
			固定電話	- -	kg

♥ 女性の方へ ( 妊娠中ですか  いいえ  はい (現在 週)  
授乳中ですか  いいえ  はい ( 才 ヶ月児)

## 1、本日の症状は、いつ頃から、その部位は？

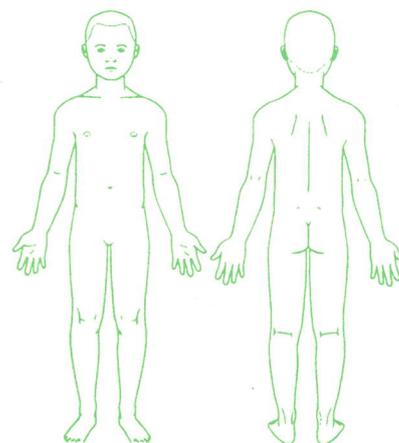
いつ頃から  今日  昨日  3~4日前  1週間前  2週間前  その他( )

その部位は 右下の図に○印を付けて下さい

## 2、本日の症状をご記入ください。

- かゆい  痛い  赤い  発疹(ぶつぶつ)  
 アトピー  ニキビ  水虫  つめ  脱毛  
 イボ  タコ・ウオノメ  やけど  虫刺され  
 その他( )

下の図に○印をつけて下さい



## 3、生活リズム等

- サプリメント・健康食品を使用中  ストレスで下痢  
 便秘がち  食欲ない  不眠  気分がイライラ

## 4、現在、この症状で何か治療していますか？

また、他の病気で治療中ですか？

- ある…… (病 名：  
 ない (病医院名：

## 5、現在、市販薬を含めて使用中の薬はありますか？ (◆お薬手帳は受付にご提出ください)

- ある…… (薬の名前：  
 ない

## 6、今までにかかった事のある病気は

- アトピー  じんましん  アレルギー性鼻炎(花粉症など)  喘息  うつ病  
 糖尿病  前立腺肥大  緑内障  胃潰瘍  熱性けいれん( 才 )  
 肝炎(B型・C型)  高血圧  心臓病  脳血管障害  その他( )

## 7、薬の副作用

- ある…… (薬の名前：  
 ない (その症状：眠気・下痢・便秘・胃痛・薬疹・その他( )

## 8、生活習慣

- たばこ( 本/日)  飲 酒(1日量 )  
 食物アレルギー( )  ストレス(なし 多少ある ある)

## 9、ご 要 望

- ◆ステロイド薬は： 絶対に使用したくない  必要があれば使用する  
 以前の薬が欲しい  その他( )