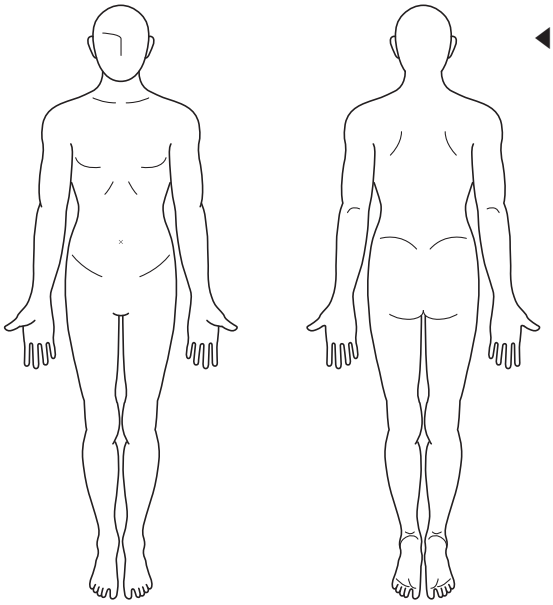
皮フ科

問　診　票

川端皮膚科クリニック

受付日	年　月　日		
フリガナ		性別	□男性　□女性 ※女性の方で、妊娠している可能性 □ある　□ない
お名前	姓 / 名		
生年月日	西暦（　年）　大正・昭和・平成　年　月　日	年齢	歳
ご住所	〒（　－　） 区・市・郡		
電話番号	ご自宅	携帯電話	その他、ご希望の連絡先
ご職業			

1. 本日はどのようなご相談で来られましたか？



◀図の中の症状がある部位を○で囲んでください▶

1）かゆい
2）痛い
3）はれている
4）水疱ができている
5）イボがある
6）発疹がある
7）多汗症
8）ニキビ
9）シミ・しわ
10）ボトックス
11）その他［　］

2. 症状はいつ頃からありますか？

□　年　月　日頃～　□　ヶ月前～　□　日前～

3. 今まで大きな病気をされたことはありますか？

□いいえ　□はい　病名

4. 現在、何かの病気で治療を受けていますか？

□いいえ　□はい　病名

5. 現在、常用している薬はありますか？

□いいえ　□はい　薬品名

6. 薬や注射の過敏症はありますか？

□いいえ　□はい　薬品名

7. 何かのアレルギーがある、特異体質と言われた事などありますか？

□いいえ　□はい　症状名

8. どのようにして川端皮膚科クリニックをお知りになりましたか？

□ご家族　□知人の紹介　□他院からの紹介

□雑　誌　□タウンページ　□Webサイト　当院オリジナルサイト・東京都皮膚科医会・調布ドットコム・その他

□インターネット検索　Google・Yahoo!・ほか

□その他

Office ism-A401/©Copyright Kawabata Dermatology Clinic 2002,2014. All rights reserved.