

# 問診票

皮膚科かわさきかおりクリニック

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 男性 ・ 女性 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号（携帯） \_\_\_\_\_ （自宅） \_\_\_\_\_

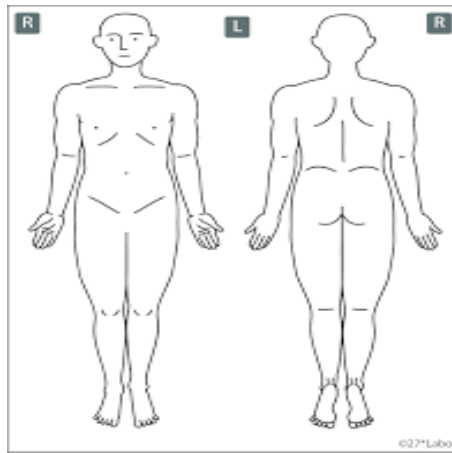
生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 才）

薬アレルギー・化粧品かぶれ あり（薬剤名： \_\_\_\_\_）・ なし

持病・治療中・治療歴 あり（病名・薬剤名： \_\_\_\_\_）・ なし

女性の方へ 妊娠中 ・ 授乳中 ・ 妊娠していない ・ 閉経後

1 どの部位についての診察をご希望ですか？ ○をつけて下さい。



2 どのような症状ですか？

湿疹・かゆみ・かさかさ・かゆい・痛い・赤い・水ぶくれ・ブツブツ・いぼ・  
できもの・タコ・うおのめ・ニキビ・ニキビあと・しみ・そばかす・肝斑・  
くすみ・たるみ・ホクロ・薄毛・脱毛・アートメイク・禁煙外来・ピアス・  
更年期障害・その他（ \_\_\_\_\_ ）

3 いつからですか？ （ \_\_\_\_\_ ）

4 その症状で治療や施術を受けられたことはありますか？

ない ・ ある（内容： \_\_\_\_\_ 時期： \_\_\_\_\_）

5 当院をどのようにお知りになりましたか？

インターネット（ ホームページ・ インスタ ・ その他 \_\_\_\_\_ ）

御紹介（御紹介者様： \_\_\_\_\_ 御関係： \_\_\_\_\_）

通りがかり ・ チラシ ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）