

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） _____

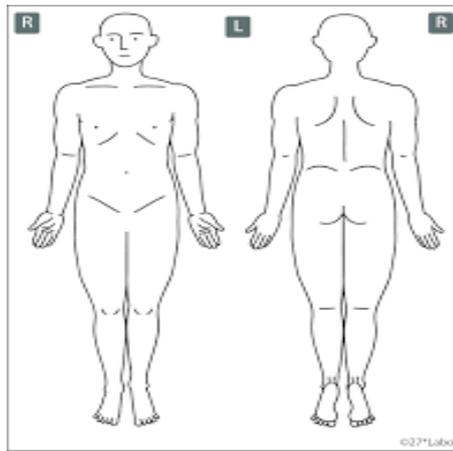
生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才）

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（ _____ ）