

診察を受けられる方へ（ヒフ科）

記入日 年 月 日

フリガナ お名前	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 性別 男・女 年齢 歳 職業：
-------------	---------------------------------------

ご住所 〒 - -

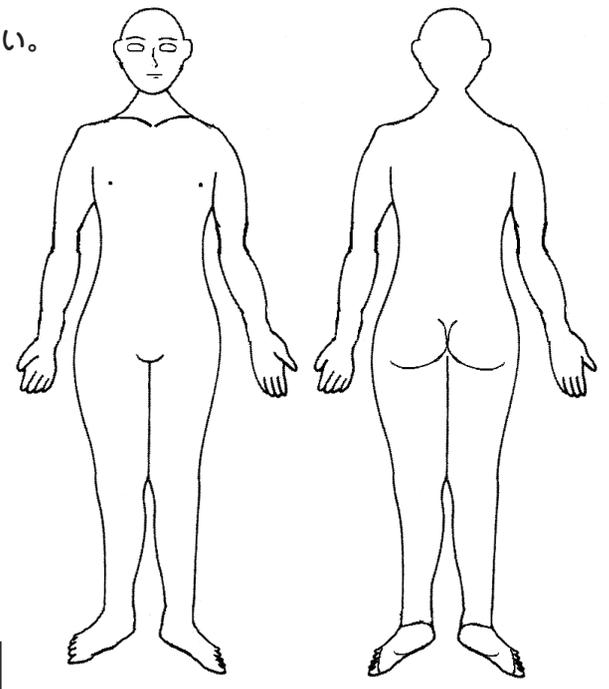
TEL () 身長 cm 体重 kg

携帯 - -

1. 本日はどのようなことで受診されましたか？具合の悪いところに○をしてください。（複数可）
湿疹 ・ できもの ・ ほくろ ・ にきび ・ しみ ・ AGA ・ 巻き爪 ・ その他（ ）

2. どの部位かをチェックボックスに✓をして右図に○をつけてください。

- 全身 頭 顔 耳 首 肩
- 胸 腹 背中 お尻 陰部
- 上肢 下肢 手 足
- その他（ ）



3. どのような症状ですか？
 症状なし
 痛い（非常に痛い ・ 痛い ・ 少し痛い）
 痒い（非常に痒い ・ 痒い ・ 少し痒い）

4. その症状はいつからですか？（ ）
症状のピークは（ 日前 ・ 今 ）

5. 今回の皮膚病として思い当たることがありますか？
（例えば、薬、食べ物、化粧品、仕事、どこかに出かけた 等）
[]

6. 現在、その病変に対して何らかの治療を受けていますか？
 いいえ はい → [薬品名] → その結果 よくなった
 悪くなった
 変わらない
 その他（ ）

7. 現在皮膚科以外の科にかかっていますか？ いいえ はい
「はい」の方・・・（当院 他院）
（病名： ）
（お薬手帳を診察時に医師にお出してください。）

8. アレルギーはありますか？ 無 有
 アトピー 花粉症 アレルギー性鼻炎 喘息 食べ物（ ）
 薬（ ）

9. 緑内障、前立腺肥大を言われたことはありますか？ いいえ はい（ ）

10. 女性の方のみ該当するに✓を入れてください 妊娠中（ ヶ月） 授乳中（ ヶ月）

11. 治療に関して希望があれば記入してください。
[]

12. ご家族または知人が当院に通院しているときはお名前を記載してください。
（家族・友人： ） （家族・友人： ）