

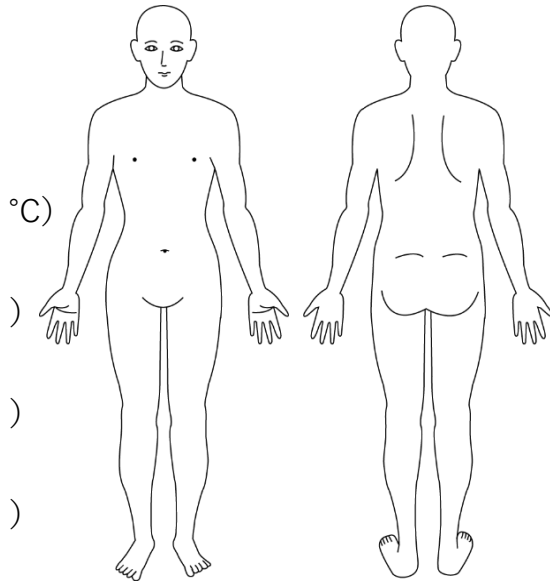
問診票

ふりがな	性別	男性	女性
名前	生年月日	T.S.H.R	年 月 日
〒			歳
住所	電話	自宅	
		携帯	
身長	cm	体重	kg

本日の症状

いつから症状が出ましたか？ ()
 症状の種類に○をつけてください。

発疹 あり なし
 かゆみ あり なし
 痛み あり なし
 発熱 あり なし (°C)



その他 ()
 その症状にきっかけはありますか？ ()
 これまでの治療はありますか？ ()
 既往歴 ()

症状の場所に○をつけてください

内服しているお薬はありますか？お薬手帳があれば記入の必要はありません。

()

薬剤アレルギー ()

その他のアレルギー ()

妊娠 週 なし
 授乳 あり なし

たばこ 1日 本 なし
 飲酒 1日 ml なし

美容皮膚科をご希望の方はご希望内容を記入してください