

やまなか皮膚科クリニック問診票（初診用）

月 日 ID:

ふりがな	さま	男・女	体重	kg	<input type="checkbox"/> 妊娠中	<input type="checkbox"/> 授乳中
お名前	様	大・昭 平・令	年	月	日生	歳
〒 - -						
住所						
連絡先 自宅 - - 携帯 - -						

※問診票の内容は診療や連絡などに使わせていただき個人情報の漏洩がないように管理します。

本日はどうされましたか？

症状がある部位に印を記入してください

・どこの症状が気になりますか。

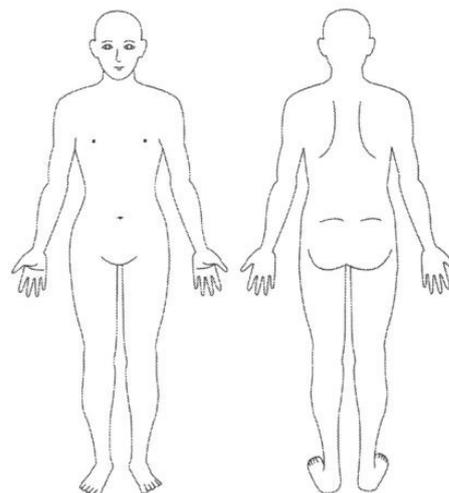
( )

・いつからですか。

( )

・どのような症状がありますか？

- かゆい 赤み いたい はれている ジुकジुक  
かさかさ 水ぶくれ ぷつぷつする 熱をもっている  
アトピー性皮膚炎 蕁麻疹 水虫 いぼ みずいぼ  
にきび ケガ・ヤケド 脱毛症 シミ 虫刺され  
アレルギー検査希望  
その他あれば、下にお書きください。



( )

・上の症状に対して他院で治療をしましたか？ はい ・ いいえ・現在通院中の病気はありますか？（お薬手帳・検査結果があればお見せください）

- 特になし 高血圧 糖尿病 高脂血症 花粉症 ぜんそく  
 その他

( )

・これまで薬や食べ物で具合が悪くなったり、じんましんがでたことはありますか？

原因の薬や食べ物がわかれば教えてください。

( )