

# 伏見皮フクリニック 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日（大正・昭和・平成） 年 月 日	歳	男・女
お名前				
フリガナ				
ご住所	〒			
電話番号		ご職業		

1. いつからどんな症状がありますか？  
 今日  [ ] 日前  [ ] 週間前から  [ ] か月前から  [ ] 年前から  その他( )
2. 症状とその部位について○で囲んでください。

かゆみ

赤み

痛み

湿疹

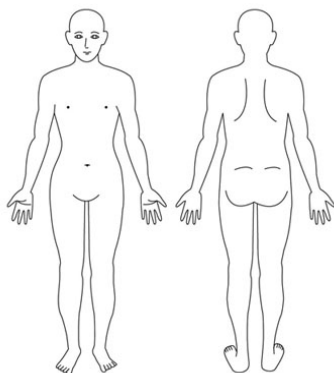
腫れ

膿

かぶれ

吹き出物

いぼ



にきび

あざ

外傷

傷跡

やけど

水ぶくれ

虫刺され

乾燥

アトピー

水虫

じんましん

たこ・うおのめ

巻き爪

花粉症

日焼け

その他( )

## （自費診療の相談）

しみ ほくろ しわ たるみ にきび にきび跡 毛穴 小顔 薄毛 肝斑 外ヶ除去  
 ピアス 脱毛 ケミカルピーリング イオンフォレーシス 脂肪溶解注射 水光注射 フラクショナル  
 レーザートーニング レーザーフェイシャル ヒアルロン酸注射 ボトックス注射 ビタミン点滴  
 疲労回復・美白・二日酔い・αリポ酸注射 プラセンタ サプリメント その他( )

3. この症状で今まで他の医療機関で治療はうけていますか。  いいえ  はい  
 ※「はい」の場合は受けた検査や処方されたお薬を教えてください。 [ ]

4. 現在、皮膚科以外で治療している病気や内服しているお薬はありますか。  いいえ  はい  
 ※「はい」の場合はお薬手帳をお見せください。  
 病名：高血圧・糖尿病・高脂血症・心疾患・腎疾患・甲状腺疾患・精神疾患・その他 [ ]  
 お薬 [ ]

5. 食べ物・お薬のアレルギーはありますか。  いいえ  はい  
 食べ物 [ ] お薬 [ ]

6. 医療費明細書をご希望されますか？（診療を行った日の診療内容の詳細）  いいえ  はい  どちらでも

7. 当クリニックをどこでお知りになりましたか。  
 1.情報誌 2.当院ホームページ 3.近所だから（自宅・勤務先） 4.知人の紹介( )  
 5.地下鉄・広告・看板を見て 6.新聞・チラシ 7.タウンページ 8.病院検索サイト  
 9.その他( ) 10.わたなべ皮フ科受診（本院・カルミア）

8. 妊娠もしくは授乳中ですか？  なし  あり（現在 月 日）  可能性あり  授乳中