



診療所使用欄

- ストッキング確認済
 お化粧品確認済

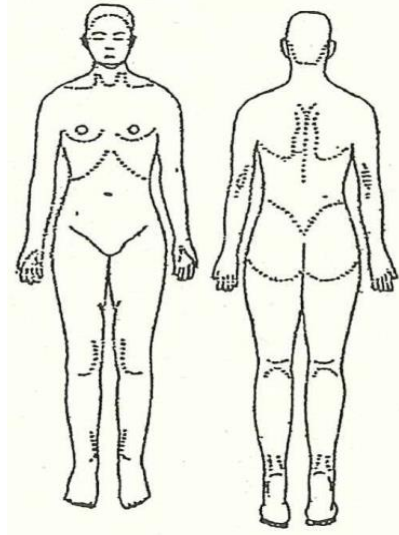
氏名		生年月日	年 月 日	日中の連絡先	必要時診療所から連絡可能な電話番号をご記入ください。
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある	薬剤名()			
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある	種類()			

★顔の症状の方はお化粧を落としてお待ちください。

★脚に症状のある方はすぐに診察ができるようにタイツ、ストッキングなどは脱いでお待ちください。

どの部位の症状ですか？

症状のあるところに○をつけてください。 →



どのような症状ですか？

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 発赤 |
| <input type="checkbox"/> できもの | <input type="checkbox"/> かゆみ |
| <input type="checkbox"/> 湿疹 | <input type="checkbox"/> しみ |
| <input type="checkbox"/> ほくろ | <input type="checkbox"/> やけど |
| <input type="checkbox"/> 水虫 | <input type="checkbox"/> じくじくしている |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

症状はいつ頃からですか？

_____年 _____月 _____日

現在内服している薬はありますか？

- いいえ はい: 薬剤名()

既往歴 (病気、手術 など)

- なし あり (_____ 歳 病名 _____)
手術: _____

妊娠している可能性がありますか？

- いいえ はい (妊娠週数 _____ 週) 授乳中

余白
切り取り

余白

※大変お手数ですが、点線に沿って余白部分を切り取りのうえ、『問診票』をお持ちください。