

代々木上原皮膚科クリニック 問診票

ふりがな お名前	男・女	明 大 昭 平 年 月 日生(歳)	妊娠中・授乳中 12歳までの方は体重: _____ kg
ご住所	〒 _____	携帯	職種
きっかけ	ご家族の紹介 様、知人の紹介 様、当ビル看板、駅看板、Google、Yahoo、その他		

1	今日どのような症状で来院されましたか？ #1 部位: 症状: #2 部位: 症状: 【来院目的】治療 検査 手術 投薬 診断のみ
2	この症状が発生してから現在までのことを(発生時期、経過、他院での治療、薬など)時系列でおしえてください。 #1 いつから #2 いつから
3	ご家族に同様の症状はありますか？ いいえ はい⇒
4	今回のご相談部位に該当する項目のみお答えください。 頭 1日の洗髪回数は(____回)。1回の洗髪時間は(____分)。洗髪ブラシを(使う・使わない) 顔 朝の洗顔は(石鹸/洗顔フォーム/水のみ)。夜の洗顔はクレンジング(オイル/ジェル/クリーム/石鹸)+(石鹸/洗顔フォーム/水のみ)。 ファンデーションの種類は(パウダー/リキッド/使わない/その他____)。オイル系の美容液を(使う/使わない) 体 体を洗うのは(固形石けん・液体石けん・使わない)×(スポンジ・ブラシ・ナイロンタオル・綿のタオル・手で洗う) 手 1日にハンドソープで(____回)、水洗いで(____回)手を洗う。仕事で水を(使う・使わない)。ゴム手袋を(使う・使わない) 足 スポーツジムや温泉に(通っている・通っていない)。健康サンダルを(履く・履かない)
5	現在治療中の病気はありますか？ いいえ はい⇒
6	現在、内服中または外用中の薬はありますか？ いいえ はい⇒
7	今までに入院や手術が必要な大きな病気をしたことがありますか？ いいえ はい⇒
8	気管支喘息・花粉症・アトピー性皮膚炎・蕁麻疹はありますか？ いいえ はい⇒該当の疾患に○印をつけてください
9	お薬で問題が起きたことはありますか？ いいえ はい⇒
10	食べ物のアレルギーはありますか？ いいえ はい⇒
11	自費治療のご相談はありますか？ いいえ はい⇒しわ、しみ、点滴、プラセンタ、AGA

ありがとうございました。記入後は受付スタッフにお渡してください。