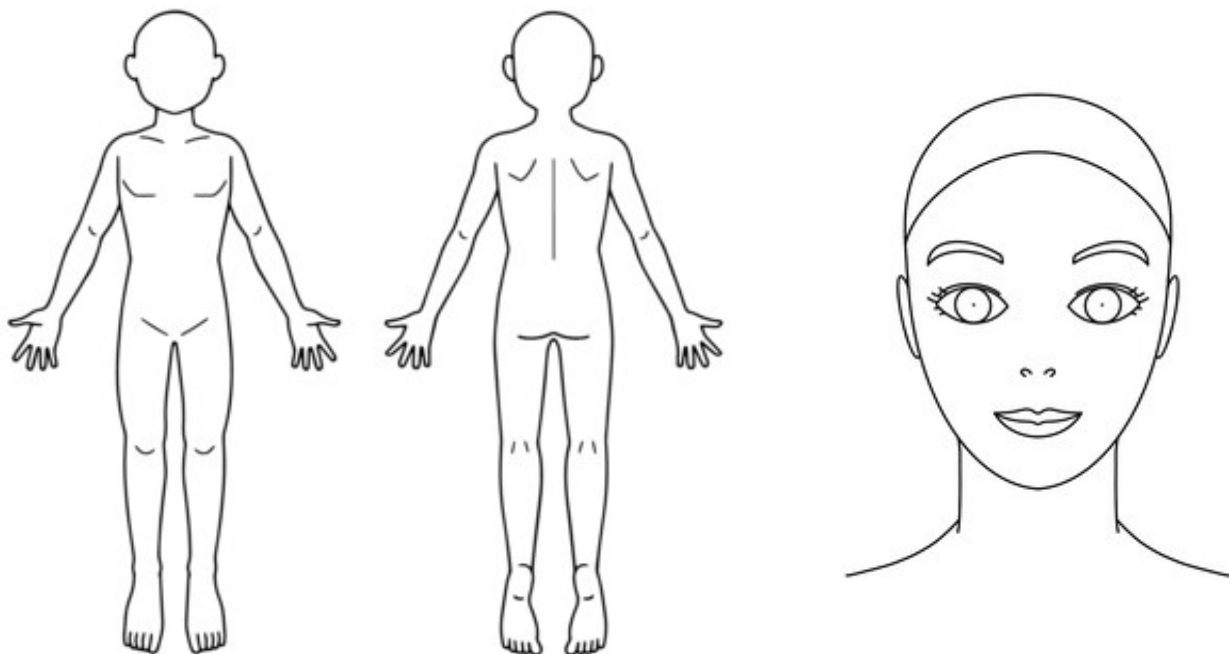


【ともえクリニック: 皮膚科問診票】

※必ず表面一般問診もご記入ください

●本日診察を希望される場所を○で囲んでください



●症状がある箇所につき補足があればご記入ください

質問事項	
①症状が出たのはいつ頃ですか	日前 / 週間前 / ヶ月前 / 年前
②どのような症状・病気ですか *該当するもの全て ○で囲ってください	赤み・かゆみ・痛み・ぶつぶつ・水ぶくれ・化膿・かさつき フケ・イボ・円形脱毛・水虫・爪水虫・ニキビ じんましん・アトピー・やけど・水イボ・男性型脱毛症 その他（ ）
└ 今回の皮膚病の原因として 思い当たる事がありますか	☐ なし ☐ あり(詳細：)
└ この症状についての治療歴 (あれば記入)	病院名： いつ頃： 治療内容(薬など)： 経過： ☐ 改善 ☐ 変化無し ☐ 悪化
③その他病歴について	☐ なし ☐ あり（治療中 ・ 過去に治療した）
└ ありの方： 該当するものを全て選択	☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 帯状疱疹 ☐ 花粉症 ☐ 喘息 ☐ アレルギー性鼻炎 ☐ 悪性腫瘍 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 心臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病 ☐ その他（ ）