

セシル皮フ科 クリニック

問 診 票

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日（　歳）
氏名				
職業				お子様の場合　　体重　　Kg
住所	〒　　一		電話番号	自宅： 携帯：

アレルギーはありますか。いいえ はい → ある場合は原因の名前をお書きください

原因となる薬剤名：

原因となる食べ物・その他の名前：

車、バイク、機械の運転、細かい作業や危険な作業はされますか

いいえ はい

妊娠されていますか **いいえ** **はい** → **出産予定日:** **年** **月** **日**

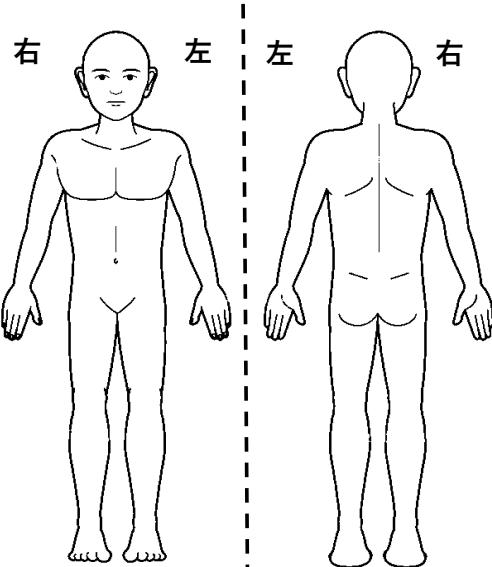
授乳されていますか いいえ はい

● 本日はどうされましたか

- ① 症状のあるところ（人体図）に○印をしてください
② 症状はいつからですか

- ③ どのような症状ですか

かゆい 痛い 赤い ブツブツ カサカサ・乾燥
腫れている 水ぶくれ あざ しこり 傷・ケガ とげ
やけど（仕事中・自宅） 虫に刺された ニキビ じんましん
多汗 ほくろ ヘルペス いぼ タコ・うおのめ 水虫
その他（ ）



④ 今回のことではほかの医療機関で治療を受けましたか

いいえ はい

医療機関名

● 現在、次の病気で治療を受けていますか ある場合は○またはお書きください

いいえ はい → 高血圧 糖尿病 ぜんそく 緑内障 前立腺肥大 がん ()
 心臓病 () 肝臓病 () 腎臓病 ()
 アトピー性皮膚炎 皮膚疾患 () その他 ()

- 現在、内服されているお薬はありますか

いいえ　　はい → ☆お薬手帳を医師に提示して下さい☆

● 過去に大きな病気や手術・治療を受けたことがある場合はお書きください

- 当院をどちらでお知りになりましたか

1. 受診歴がある 2. 家族 3. 友人・知人 4. 近所・通りすがり 5. 当院の姉妹クリニック（シオン・ノア・ルカ・ドゥオ・セシル・マリア） 6. 労災病院（皮膚科・他科） 7. 5.6.以外の病院（ ）
8. 薬局 9. 情報センター 10. インターネット、ホームページ 11. その他（ ）