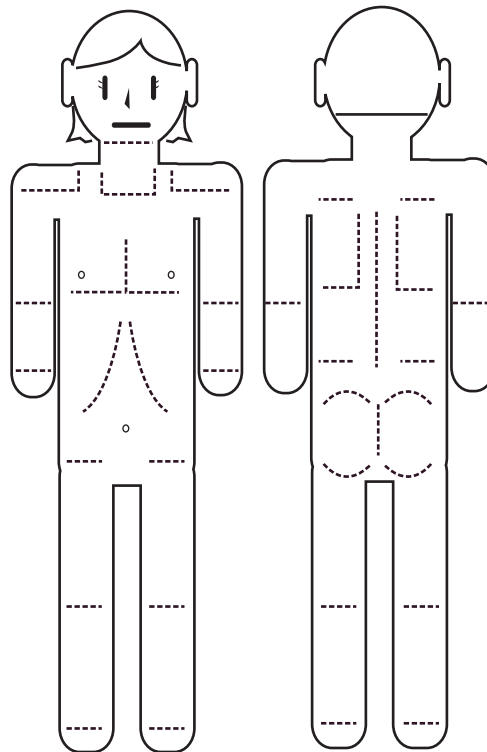


診療申込書

令和 年 月 日

フリガナ		女性
お名前		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (才)	
ご住所		
TEL	携帯	
以前、当院に受診したことがありますか	ない あり	いつ頃
現在、服用している薬がありますか	ない あり	病名
過去の病気	ない あり	
薬の副作用	ない あり	
アレルギー	ない あり	
血縁関係（実際に血の繋がりのある方）のアレルギー	ない あり	
現在妊娠の有無	ない あり	
医療費明細書の発行	要 ・ 不要	

皮膚科問診票



- どのような症状で
ご来院されましたか？

発赤（紅斑） かゆい
痛い しこり
皮膚（毛・爪を含む）の異常
その他（ ）
- その部位を左図に印で
付けてください
- それはいつ頃からですか

生まれたときから
年前から
ヶ月前から
日前から
- そのために飲んだり塗って
いるお薬はありますか？

・ なにかご希望がありましたら、記入して下さい。