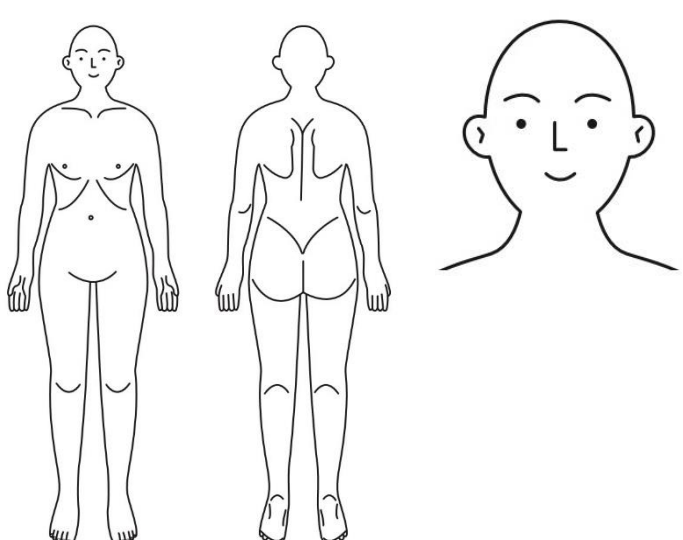


サッポロファクトリー皮膚科・スキンケアクリニック

一般皮膚科問診票

フリガナ		性別		明・大・昭・平	職業	
氏名		男・女	生年 月日	年 月 日(歳)	体重	Kg ※15歳以下必須
住所	〒 —			TEL		
				携帯番号		

※麻疹（はしか）、風疹、水疱瘡など、感染症の疑いのある方・ご気分のすぐれない方は受付までお伝えください。

<p>■ いつ頃からお困りですか？</p> <p>[頃から]</p> <p>■ どのような症状ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>かゆい <input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>腫れている <input type="checkbox"/>赤み</p> <p><input type="checkbox"/>かさかさ <input type="checkbox"/>できものがある <input type="checkbox"/>ニキビ</p> <p><input type="checkbox"/>じんましん（今もでている・今は落ち着いている）</p> <p><input type="checkbox"/>やけど（工作中・それ以外） <input type="checkbox"/>水ぶくれ</p> <p><input type="checkbox"/>イボ <input type="checkbox"/>ホクロ <input type="checkbox"/>水虫 <input type="checkbox"/>虫さされ</p> <p><input type="checkbox"/>AGA <input type="checkbox"/>ハイドロキノンの購入希望</p> <p><input type="checkbox"/>その他 []</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>注) シミ、ニキビ跡、赤み、皮膚の陥没、傷跡など 症状やご相談の内容によっては後日、美容カウ ンセリングの対象となる場合があります。</p> </div>	<p>■ 症状のある部位はどこですか？ ○をつけてください。</p> 
---	--

■ 以前にも当院にかかれたことがある方

前回と同症状の継続治療 お薬が無くなった 証明書・診断書等の希望（当院で診断されたもののみ）

■ 今回の症状で、他の病院で治療を受けられたことはありますか？ いいえ はい

（病院名） _____ （処方された薬） _____

■ 現在内服している薬や外用している薬はありますか？ いいえ はい お薬手帳を持参している

（お薬名） _____

■ 他に現在治療中の病気や、過去に大きな病気や手術を受けられたことはありますか？ いいえ はい

（病名・手術名） _____ 歳頃 _____

■ 薬や食べ物、その他アレルギーはありますか？ いいえ はい

（薬・食べ物等の名前） _____

■ 感染症はありますか？ いいえ はい

B型肝炎(HBV) C型肝炎(HCV) ヒト免疫不全ウイルス(HIV) その他 []

■ 今まで注射や点滴で気分が悪くなったり、倒れたりしたことはありますか？ いいえ はい

■ 消毒にアルコールを使用してもよろしいですか？ いいえ はい

■ 女性の方のみお答えください。

※現在妊娠中ですか？ いいえ はい（妊娠 週目） 可能性がある

※現在授乳中ですか？ いいえ はい（ 月）

■ 本日は何をみて来院されましたか？

インターネットをみて 他院からの紹介 知人の紹介 家族の紹介

ファクトリーの看板 新聞・雑誌 広告・チラシ ファクトリー館内勤務（店名 _____）

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付までご提出ください。