

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	生年 月日	大正・昭和・平成・令和	職業	
氏名		男・女		年 月 日 (歳)	体重	kg 15歳以下必須
住所	〒	-			自宅番号	
					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事前にお伝えください。

<p>① いつ頃からですか？ 〔 頃から〕</p> <p>② 症状について教えてください</p> <p><input type="checkbox"/>痒い <input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>腫れている <input type="checkbox"/>湿疹 <input type="checkbox"/>かさかさ <input type="checkbox"/>イボ <input type="checkbox"/>ニキビ <input type="checkbox"/>できもの <input type="checkbox"/>ホクロ <input type="checkbox"/>水虫 <input type="checkbox"/>虫刺され <input type="checkbox"/>ヘルペス <input type="checkbox"/>帯状疱疹 <input type="checkbox"/>水ぶくれ <input type="checkbox"/>やけど(工作中・それ以外/何で受傷:) <input type="checkbox"/>円形脱毛 <input type="checkbox"/>傷あと <input type="checkbox"/>怪我(擦り傷、切り傷) <input type="checkbox"/>蕁麻疹(今も出ている・今は落ち着いている) <input type="checkbox"/>ハイドロキノンの購入希望 <input type="checkbox"/>血管腫 <input type="checkbox"/>多汗症 <input type="checkbox"/>その他〔 〕</p> <p>(注)シミやニキビ痕等の相談は、場合によって美容カウンセリングの対象となります。ご予約制となりますのでご了承ください。</p> <p>③ 症状のある部位に○をつけてください。 ※複数ある場合は、それぞれ記入をお願いします。</p>	
<p>④ 現在、この症状で他の病院で治療を受けていますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 【病院名】〔 〕 【薬名】※お薬手帳がある場合は、記入不要です。※アプリの場合も。〔 〕</p>	
<p>⑤ 現在、治療中のご病気はありますか？ 該当するものに○印をつけてください。 ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・腎臓病 ・肝臓病 ・リウマチ膠原病 ・悪性腫瘍〔 〕 ・婦人科系疾患〔 〕 その他〔 〕</p>	
<p>⑥ 現在、常用している内服薬・外用薬はありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 【病院名】〔 〕 【薬名】※お薬手帳がある場合は、記入不要です。※アプリの場合も。〔 〕</p>	
<p>⑦ 今までに、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 【薬・食べ物名】〔 〕</p>	
<p>⑧ 感染症はありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/> B型肝炎(HBV) <input type="checkbox"/> C型肝炎(HCV) <input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルス(HIV) <input type="checkbox"/> その他〔 〕</p>	
<p>⑨ 女性の方のみお答えください。 ・現在、妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(妊娠 週目) <input type="checkbox"/> 可能性がある ・現在、授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(月)</p>	

※全て記入が終わりましたら、受付までお渡しください。ご記入ありがとうございます。