

形成外科・皮膚科問診票

ふじた形成外科・皮膚科クリニック

フリガナ		生年月日
お名前	男・女	大・昭・平 年 月 日 (歳 ヶ月)
ご住所	〒□□□□□□□□	
電話番号	※携帯電話推奨 - -	15歳以下の方は体重をご記入ください () kg

① 当院はどこで知りましたか？○をつけてください

ホームページ 自宅が近所 イオンモール内の看板・案内 知人の紹介 他院からの紹介

② 本日の受診目的に○を付けてください

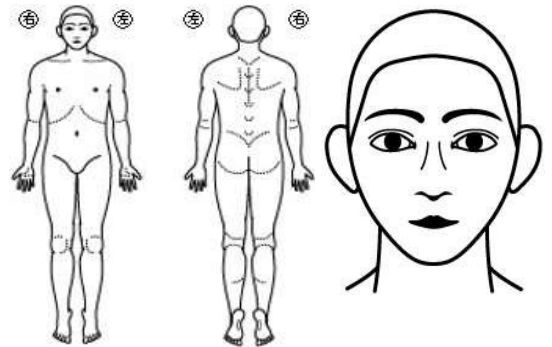
保険 あざ ケロイド けが やけど 治りにくいきず きずあと ほくろ できもの いぼ たこ 魚の目 巻き爪 水虫

にきび 赤ら顔 肌荒れ 発疹 かぶれ じんましん 虫刺され かゆみ 痛み 腫れ 水いぼ とびひ ヘルペス
眼瞼下垂 わきが 多汗症 脱毛症 その他 ()

美容 医療脱毛 しみ そばかす くすみ 毛穴 しわ たるみ 赤ら顔 ほくろ ピアス (耳たぶ・耳たぶ以外)

ピーリング フォトフェイシャル メソアクティス ルビーレーザー プラセンタ・にんにく注射 その他 ()

③ 診察を希望される部位に○を付けてください (図へ記入)



④ その症状はいつ頃からですか？

⑤ それについて、今までどこかで治療されていますか？

いいえ・はい : 具体的に ()

⑥ 食物でアレルギーを起こしたことはありますか？

いいえ・はい : 卵・牛乳・小麦・その他 ()

⑦ 薬 (飲みぐすり、注射) でアレルギーを起こしたことはありますか？薬の名前が分かれば書いてください

いいえ・はい : 抗生物質・かぜ薬・痛み止め・局所麻酔薬・その他 (薬品)

⑧ 体質についてあてはまるものに○をつけてください

ケロイド体質・金属アレルギー・アルコールアレルギー・光過敏症

⑨ 現在治療中、または過去に治療を受けた病気を教えてください

糖尿病 高血圧 高脂血症 高コレステロール症 心臓病 肝臓病 腎臓病 緑内障 アトピー性皮膚炎
アレルギー性鼻炎 (花粉症) 喘息 その他 ()

⑩ 常用している薬はありますか？

無・有 (薬剤名)

お薬手帳や薬情の持参 (無・有・忘れた ※現在、服用中のお薬がある方はお薬手帳を一緒にご提示ください)

⑪ 感染症と診断されたことがありますか？

B型肝炎・C型肝炎・HIV・その他 ()

⑫ ペースメーカーをされていますか？

いいえ・はい

⑬ 化粧品・外用薬・毛染め剤でかぶれた事がありますか？

いいえ・はい : 具体的に ()

⑭ タバコはお吸いになりますか？

いいえ・はい : 1日 () 本

⑮ 現在、妊娠・授乳中ですか？

妊娠していない 妊娠の可能性がある 妊娠中 (週) 授乳中

※記入後は受付にご提出ください。診察まで暫くお待ちください。