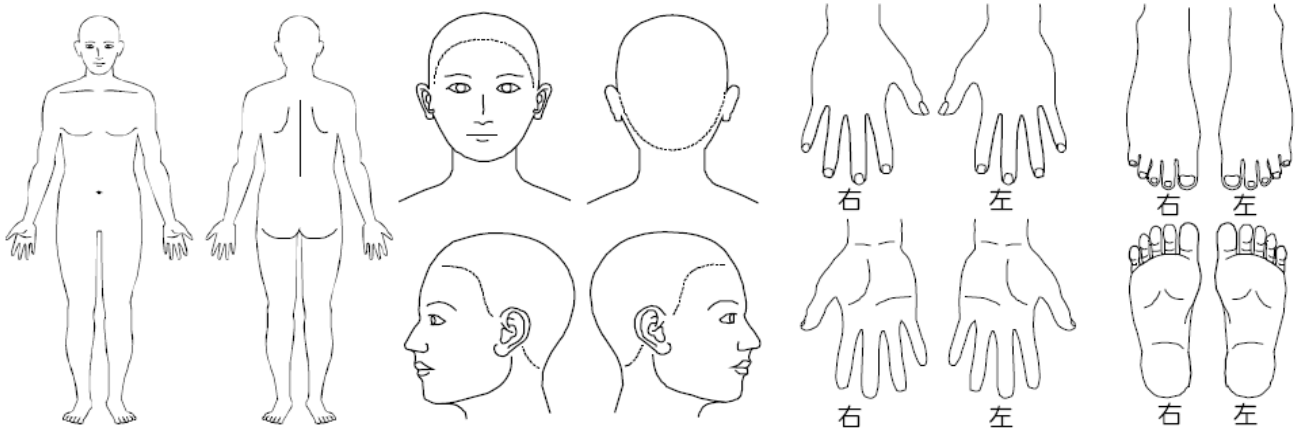


フリガナ		〒	—	
お名前	男 女	住所		市・郡
生年月日	大正・昭和 年 月 日	電話番号		
	平成・令和 ( 歳)	体重	kg	

1. 症状のある部位はどちらですか？ 当てはまる場所に○をつけてください。  
 ※現在、シミやホクロ除去などのレーザー治療は行っておりません。



2. それほどのような症状ですか？ 当てはまるものに○をつけてください。

かゆみ・赤み・腫れ・痛み・乾燥・アトピー性皮膚炎・水虫・ほくろ  
 ニキビ・いぼ・たこ・じんましん・巻き爪・やけど・虫刺され・帯状疱疹  
 その他：( )

3. いつごろから症状がありますか？数字を記入し、当てはまるものに○をつけてください。  
 ( ) 日前・週間前・カ月前・年前 から

4. 上記の症状で、ほかの医療機関を受診したことはありますか？  
 【はい(病院名 )・いいえ】

5. 今まで治療を受けたことがある病気、または現在治療中の病気はありますか？  
 【はい・いいえ】  
 ↳当てはまるものに○をつけてください。

花粉症(アレルギー性鼻炎)・ぜんそく・じんましん・アトピー性皮膚炎  
 糖尿病(HbA1c % )・前立腺肥大・高血圧・緑内障・心臓病・脳梗塞  
 結核・膠原病・肝疾患・腎疾患・精神疾患・ガン( )ガン)  
 その他( )



6. 現在飲んでいる／使っているお薬はありますか？

【はい・いいえ】

↳ 下にご記入いただくか、お薬手帳をお出してください。

- お薬の名前： ( )
- 処方された病院： ( )

7. ご家族に、アトピー性皮膚炎やぜんそくの方はいますか？

【はい・いいえ】

↳ どちらかに○をつけ、その方の続柄をご記入ください。

- アトピー性皮膚炎・喘息 (続柄\_\_\_\_\_)

8. 今までにお薬や食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか？

【はい・いいえ】

↳ お薬や食べ物などの種類を記入し、当てはまる症状に○をつけてください。

- 種類： ( )
- 症状：倒れた・発疹・息苦しくなった・その他 ( )

9. 歯の治療などの麻酔（局所麻酔）で気分が悪くなったことはありますか？【はい・いいえ】

10. 自動車の運転はされますか？【はい・いいえ】

11. 毎日の就寝時間は決まっていますか？【はい（\_\_\_\_\_時間）・いいえ】

12. よく食べるものに○をおつけください。

甘いもの・脂分の多いもの・しょっぱいもの・辛いもの・野菜・フルーツ

13. 毎日便通がありますか？【はい・いいえ】

14. 喫煙はされていますか？【はい・いいえ】

15. 飲酒はされていますか？【はい・いいえ】

16. ご心配されることやご要望があればご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

17. 女性の方はお答えください。

- ① 妊娠中ですか？ 【はい（出産予定日： 年 月 日）・いいえ】
- ② 授乳中ですか？ 【はい・いいえ】
- ③ 月経は順調ですか？ 【はい・いいえ】
- ④ 生理痛はありますか？ 【はい・いいえ】

問診にご協力いただきありがとうございます。  
記入が終わりましたら受付へお渡してください。