

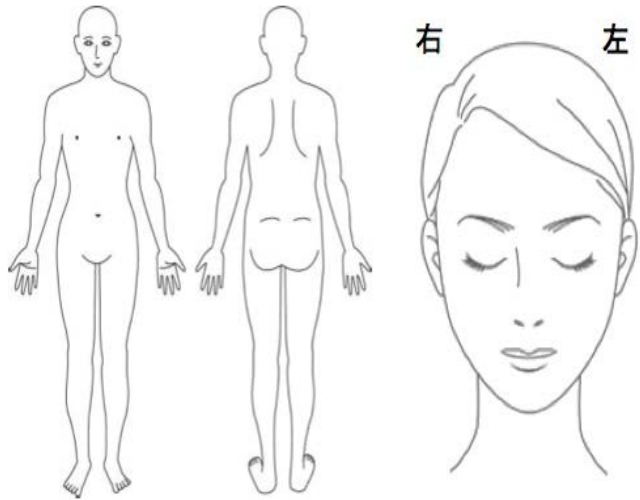
※お手数ですが、点線でカットしてご持参くださいますよう、お願い申し上げます。

## おおた皮膚科 問診表

フリガナ 氏名				体重 ※お子様の場合のみ kg
				男 / 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日
住所	(〒 - )			
携帯番号	-	-	ご自宅	- -

1. 本日治療したい場所はどこですか？

※右のイラストに症状のある部位に○をつけてください。  
(部位： )



2. どのような症状ですか？

痒い・痛い・じんましん・かぶれ・  
ニキビ・できもの・水虫・いぼ  
うおのめ・脱毛・やけど・転んだ  
その他 ( )

3. いつごろからの症状ですか？

( 年 月 日頃から ・ わからない )

4. 治療中のご病気はありますか？

ない ・ ある ( )

5. 内服中の薬はありますか？

ない ・ ある ( )

6. 今までに薬や注射で副作用がでたことはありますか？

ない ・ ある ( )

7. 女性の方にお伺いします。

現在、妊娠していますか？ ( いいえ ・ はい ヶ月)

今後、妊娠の可能性はありますか？ ( いいえ ・ はい )

