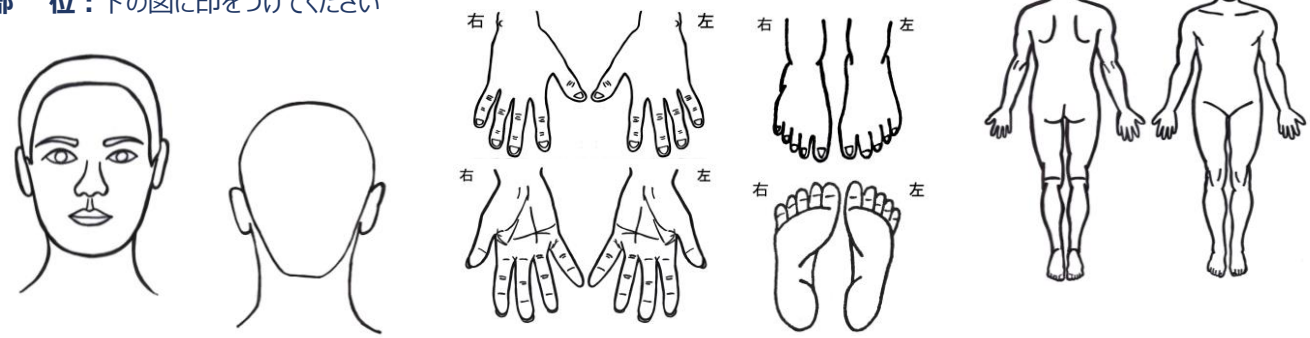
症状問診票

1. いつ頃からどんな症状がありますか?

a) **いつから：**(　　年、　　ヵ月、　　週間、　　日) 前から

b) **部　位：**下の図に印をつけてください



c) **症　状：**かゆみ ・ かぶれ ・ 痛み ・ 赤み ・ 皮むけ ・ カサカサ ・ じんましん ・ しっしん ・ 掻きキズ ・ 腫れ ・ 出血

◎ 上記症状について、当てはまるものに印を付けてください。

化粧品を変更　(あり ・ なし)　　点眼薬の使用　(あり ・ なし)

アトピー ・ 虫刺され ・ 水虫 ・ 爪水虫 ・ にきび ・ できもの ・ 粉瘤 ・ うおのめ ・ いぼ ・ 水イボ ・ アザ

巻き爪 ・ ヘルペス ・ 円形脱毛症 ・ 帯状疱疹 ・ 毛細血管拡張症(赤ら顔) ・ その他 (　　)

ヤケド ・ ケガ　⇒　お仕事上のヤケド・ケガ ・ 事故のケガ ・ その他

原因 (　　)

●保険外治療の希望（シミ･ニキビ･ニキビ跡･抜け毛＜男性･女性＞ ・ 脱毛 ・ たるみ ・ その他：　　)

d) **上記の症状について治療を受けたことはありますか?** (は い ・ いいえ)

⇒「はい」の方 ： 市販薬を使った ・ 以前当院にかかっていた ・ 他院にかかっていた (病院名：　　)

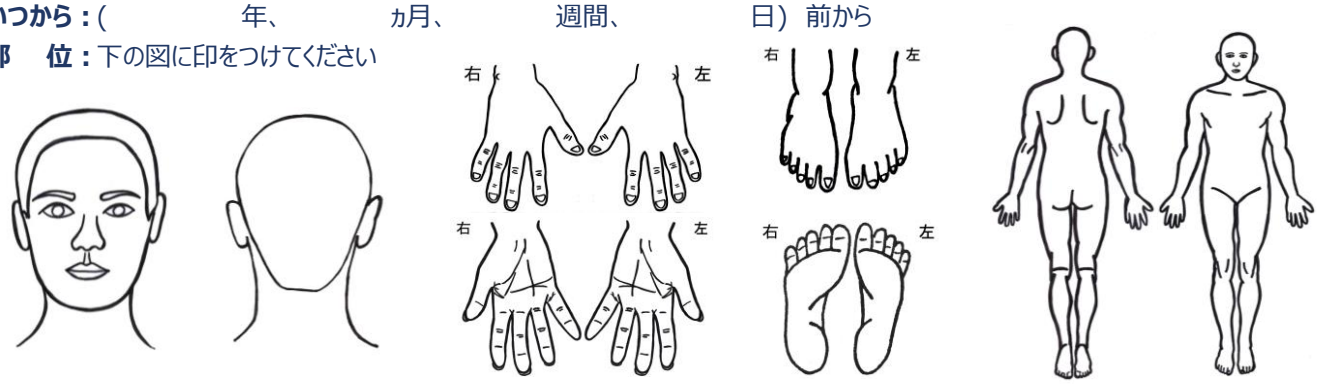
使用された薬名をわかる範囲でご記入ください (　　)

2つ目の症状

1. いつ頃からどんな症状がありますか?

a) **いつから：**(　　年、　　ヵ月、　　週間、　　日) 前から

b) **部　位：**下の図に印をつけてください



c) **症　状：**かゆみ ・ かぶれ ・ 痛み ・ 赤み ・ 皮むけ ・ カサカサ ・ じんましん ・ しっしん ・ 掻きキズ ・ 腫れ ・ 出血

◎ 上記症状について、当てはまるものに印を付けてください。

化粧品を変更　(あり ・ なし)　　点眼薬の使用　(あり ・ なし)

アトピー ・ 虫刺され ・ 水虫 ・ 爪水虫 ・ にきび ・ できもの ・ 粉瘤 ・ うおのめ ・ いぼ ・ 水イボ ・ アザ

巻き爪 ・ ヘルペス ・ 円形脱毛症 ・ 帯状疱疹 ・ 毛細血管拡張症(赤ら顔) ・ その他 (　　)

ヤケド ・ ケガ　⇒　お仕事上のヤケド・ケガ ・ 事故のケガ ・ その他

原因 (　　)

●保険外治療の希望（シミ･ニキビ･ニキビ跡･抜け毛＜男性･女性＞ ・ 脱毛 ・ たるみ ・ その他：　　)

d) **上記の症状について治療を受けたことはありますか?** (は い ・ いいえ)

⇒「はい」の方 ： 市販薬を使った ・ 以前当院にかかっていた ・ 他院にかかっていた (病院名：　　)

使用された薬名をわかる範囲でご記入ください (　　)