一般皮膚科　問診票

ふりがな		生　年　月　日
氏名：	男 女	年 月　　日（　　）歳
住所：（〒　　－　　）		
電話番号：　　携帯電話： 医療明細書：　希望する　　希望しない　　１０歳未満の方：体重　　ｋｇ		

①いつ頃からどのような症状ですか？　　なし　・　あり

【　　】

②過去・現在、かかったことのある病気はありますか？　　なし　・　あり

【　　】

③現在、服用しているお薬はありますか？　　なし　・　あり

【　　】

④今まで大きな手術をした事がありますか？　　なし　・　あり

【　　】

⑤麻酔を使用した際、気分が悪くなった事はありますか？　　なし　・　あり

【　　】

⑥体内に金属は入っていますか？　　なし　・　あり

【　　】

⑦薬や食べ物でアレルギーはありますか？　　なし　・　あり

【　　】

⑧女性の方にお伺いいたします。

・妊娠の可能性はありますか？　　なし　・　あり

・授乳中ですか？　　はい　・　いいえ

⑨ケロイド体質と言われたことがありますか？
また、ケロイド体質の可能性はありますか？　　なし　・　あり