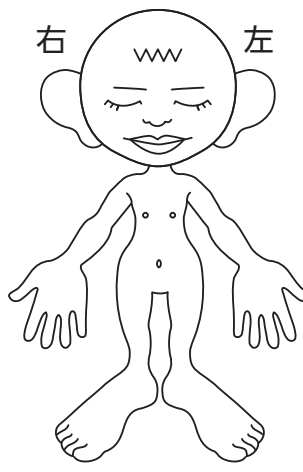
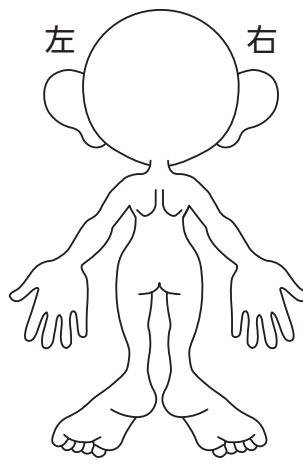


皮膚科外来問診票

(あてはまるものに チェックをいれてください)

No. _____

<p>氏名 (フリガナ) _____</p> <p>生年月日 昭・平 年 月 日生 歳 男・女</p> <p>電話番号 _____</p> <p>住所 〒 _____ 市・町 _____</p> <p>仕事内容 (例) パソコン操作・営業(外回り)・飲食店(水道使用)・現場作業員(建設関係)</p> <p>体重(お子様のみ) _____ kg</p> <p>医師に伝えておきたいことがありましたらご記入ください</p> <p>アレルギー <input type="checkbox"/> 無し・<input type="checkbox"/> 有り (_____)</p> <p>1. いつごろからどのような症状でお困りですか? ◆ いつ頃から (_____) ◆ どのような症状で アトピー性皮膚炎・ニキビの症状の方は裏面もご記入ください</p>	<p>・どの部位に(下図に○をつけてください)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>右 左</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>左 右</p>  </div> </div> <p>数字に○をつけてください。</p> <p>無 _____ 眠れない程</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>◆ 痒い _____</p> <p>◆ 痛い _____</p>
<p>2. 今回の皮膚病の原因として思い当たる事がありますか? (例えば、薬、食べ物、化粧品、仕事、どこかに出かけた、など)</p>	
<p>3. 上記の症状で現在あるいは過去に治療をうけていますか? (<input type="checkbox"/> はい・<input type="checkbox"/> いいえ)</p> <p>はいの方… <input type="checkbox"/> 当院・<input type="checkbox"/> 他院 (病院名 _____ 治療法 _____)</p> <p>またのその治療法でどのような変化がありましたか? (<input type="checkbox"/> よくなった <input type="checkbox"/> 悪くなった <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> その他 (_____))</p>	
<p>4. 現在常用している内服薬および外用薬はありますか? (<input type="checkbox"/> はい・<input type="checkbox"/> いいえ)</p> <p>「はい」の方… <input type="checkbox"/> 内服薬 (_____) ・ <input type="checkbox"/> 外用薬 (_____)</p>	
<p>5. 生活習慣についてお答えください</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (毎日・週 回・ _____ mL) ビール・焼酎・日本酒・その他 (_____) ● たばこ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本) ● カフェイン <input type="checkbox"/> 摂取なし <input type="checkbox"/> 摂取あり(毎日・週 回・ _____ 杯) コーヒー・紅茶・緑茶・コーラ・その他 (_____) ● 運動 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (仕事で毎日・通勤で毎日・休日のみ・その他 _____) ● 食事 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 (具体的に: 1日 食、 _____) 	
<p>6. 今までかかった病気についてお答えください</p> <p><input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病</p> <p><input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>	
<p>7. 女性の方のみお答えください</p> <p>現在生理中ですか? (<input type="checkbox"/> はい・<input type="checkbox"/> いいえ) ・ 現在妊娠中ですか? (<input type="checkbox"/> はい「 _____ ヶ月」・<input type="checkbox"/> いいえ)</p> <p>現在授乳中ですか? (<input type="checkbox"/> はい・<input type="checkbox"/> いいえ) ・ 妊娠の可能性はありますか? (<input type="checkbox"/> はい・<input type="checkbox"/> いいえ)</p>	
<p>8. 治療に関してはいずれでしょうか?</p> <p><input type="checkbox"/> 保険適用内 ・ <input type="checkbox"/> 必要であれば自費 + 保険でもかまわない。</p>	
<p>9. 当院でご興味のある治療やご相談したいことはございますか? (複数回答可)</p> <p>① <input type="checkbox"/> 禁煙 ② <input type="checkbox"/> ダイエット ③ <input type="checkbox"/> 体質改善、疲労回復、アンチエイジング ④ <input type="checkbox"/> プラセンタ注射</p> <p>⑤ <input type="checkbox"/> にんにく注射 ⑥ <input type="checkbox"/> サプリメント ⑦ <input type="checkbox"/> にきび、にきびあと治療 ⑧ <input type="checkbox"/> しみ ⑨ <input type="checkbox"/> しわ ⑩ <input type="checkbox"/> たるみ</p> <p>⑪ <input type="checkbox"/> わきが ⑫ <input type="checkbox"/> 脱毛 ⑬ <input type="checkbox"/> 育毛 ⑭ <input type="checkbox"/> 加圧トレーニング ⑮ <input type="checkbox"/> 心療内科 ⑯ <input type="checkbox"/> 健康診断 ⑰ <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>	
<p>10. どのようにしてヒロクリニックを知りましたか?</p> <p><input type="checkbox"/> 以前通院した事がある <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 紹介 (<input type="checkbox"/> 知人・<input type="checkbox"/> 家族)</p> <p><input type="checkbox"/> バス広告・タウンページ <input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>	

※ アトピー性皮膚炎・ニキビの症状の方は裏面もご記入ください

ヒロクリニック 皮膚科・形成外科

アレルギー性皮膚炎問診票

(あてはまるものに チェックをいれてください)

1. 最後に皮膚科を受診したのはいつですか? 月 日頃から ・ 日前から ・ ヶ月前から ・ 年前から
2. これまで使っていた内服、外用薬がある場合には種類をお書きください 〔 〕
3. 最後に飲み薬または塗り薬を使ったのはいつですか? 〔 〕
4. 当院を2週に1回ぐらいのペースで通院することが可能ですか? (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)
5. かいてしまいますか? (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ) 「はい」と答えた方 → それはどのようなときですか? <input type="checkbox"/> ストレス時 <input type="checkbox"/> 発汗時 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> その他 ()
6. 悪化した原因として考えられることがありますか? 〔 〕
7. ステロイドの外用薬を絶対に塗りたくらないと考えていますか? (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)
8. 光線療法 (ナローバンド UVB 療法、保険適応あり) を希望しますか? (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)
9. 抗アレルギー剤の内服を当院では推奨していますが、希望しますか? (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)
10. 最近アレルギーの検査 (採血) をしたことがありますか?
11. 心配なことや Dr に聞きたいことを自由にお書きください。 〔 〕

にきび問診票

(あてはまるものに チェックをいれてください)

1. ニキビの状態はいかがですか? <input type="checkbox"/> 最近増悪した <input type="checkbox"/> 以前からニキビはあるが気になる <input type="checkbox"/> あまりに気にならない
2. ニキビで気になっていることを選んでください。 <input type="checkbox"/> ニキビ跡 <input type="checkbox"/> 大きな赤いニキビ <input type="checkbox"/> 白いぶつぶつ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> かゆみ
3. ご自身のニキビの重症度をどのくらいと考えていますか? <input checked="" type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> ごく軽度
4. 顔面全体にニキビはいくつぐらいあるとご自身で思われていますか? 〔 〕
5. 2週間から1ヶ月に一度の通院は可能ですか? (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)
6. 今までにニキビに対して治療をされたことがありますか? (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ) 「はい」とお答えの方は処方された薬をお書きください。 〔 〕
7. ニキビに対してコンプレックスはありますか? (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)
8. 最近ストレスがありますか? (<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない) ある場合にはストレスの内容についてお書きください。 〔 〕
9. 女性の方は生理前に悪くなりますか? (<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ)
10. 心配なことや Dr に聞きたいことを自由にお書きください。 〔 〕

お答えいただき有難う御座いました。

ヒロクリニック 皮膚科・形成外科