

# スカイル皮膚科問診票

受診日 年 月 日

ふりがな ご氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)	体重 (お子さんの場合)	kg
住所・電話番号	〒 - 自宅: 携帯電話:		

本日は自由診療のご希望はありますか？ ある場合は以下に○を付けてください。

ケミカルピーリング 顔 (7000円) / 背中 (9000円～) ・ ビタミンC注射 C1000 (1500円) / C2000 (3000円)

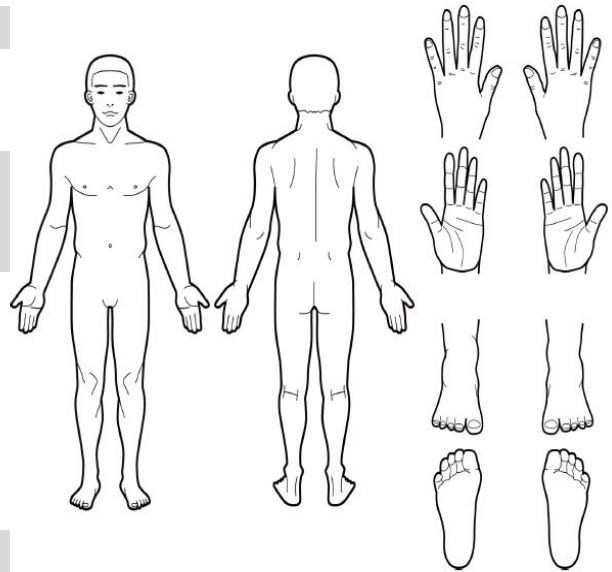
プラセンタ 1A (2000円) / 2A (3500円) ・ にんにく注射 (2500円) ・ 男性型脱毛症 (医師要相談)

いつ頃からですか？

[ ]

どのような症状ですか？  
できるだけ詳しくご記入ください。  
また、右図の症状のある部分に○を付けてください。

[ ]



現在、この症状で治療を受けていますか？

はい の方⇒ 医療機関名 [ ] 病名 [ ]  
いいえ

現在、常用している内服薬・外用薬はありますか？

はい の方⇒ 薬名 [ ] 本日、お薬手帳はおもちですか？ はい  
いいえ

今までに、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

はい の方⇒ 薬 食べ物 [ ]  
いいえ

今までにかかった病気に○を付けてください。

アトピー性皮膚炎 帯状疱疹 花粉症 アレルギー性鼻炎 喘息 糖尿病 高血圧 心臓病  
肝臓病及び肝機能障害 腎臓病及び腎機能障害 前立腺肥大 緑内障 その他( )

女性の方のみお答えください。

・現在、妊娠中ですか？ はい (現在 月) いいえ  
・妊娠の可能性がありますか？ はい いいえ  
・現在、授乳中ですか？ はい いいえ