

スカイル皮膚科問診票

受診日 年 月 日

ふりがな		性別	男性・女性	ご職業	
ご氏名					
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	携帯番号:	自宅番号:			

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/マッサージピール【説明希望・施術希望】・商品購入希望(商品名:)
 ビタミンC注射【1000mg / 2000mg】・プラセンタ注射【1A / 2A】・にんにく注射・男性型脱毛症(医師要相談)

診察を受けたい内容を症状別にご記入ください。また、右図に症状のある部分を○で囲んでください。

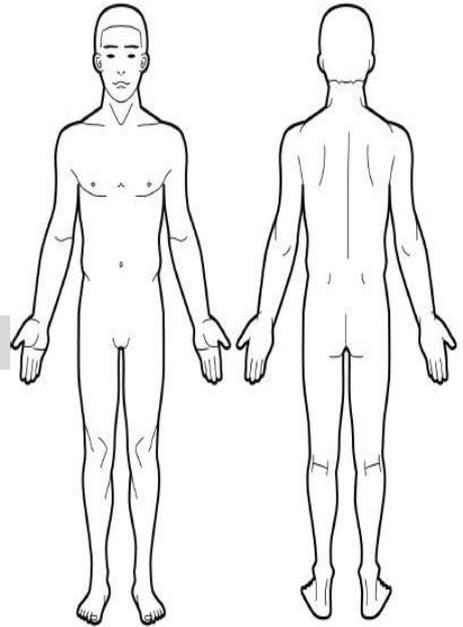
症状はいつからですか？ (頃から)

症状がある部位はどこですか？ ()

どのような症状ですか？ ()

こちらの症状で使用している薬はありますか？(○を付けてください)

いいえ ・ はい → 薬品名 ()
 市販薬 ・ 当院処方 ・ 他院処方



上記以外で他に受診したい症状がある方はご記入ください。

症状はいつからですか？ (頃から)

症状がある部位はどこですか？ ()

どのような症状ですか？ ()

こちらの症状で使用している薬はありますか？(○を付けてください)

いいえ ・ はい → 薬品名 ()
 市販薬 ・ 当院処方 ・ 他院処方

その他、使用している内服薬・外用薬はありますか？該当箇所に○を付けてください。

いいえ ・ はい → 薬品名 () 本日お薬手帳をお持ちですか？ いいえ ・ はい

これまで薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？該当箇所に○を付けてください。

いいえ ・ はい → 食品名または薬品名 ()

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 ・ 喘息 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 緑内障
 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 ・ その他 ()

女性の方のみ該当する箇所に✓を付けてください。

妊娠していない 妊娠している(現在 月) 現在授乳中(月齢 月) 妊娠の可能性がある