

問 診 票

(医) うらた皮膚科

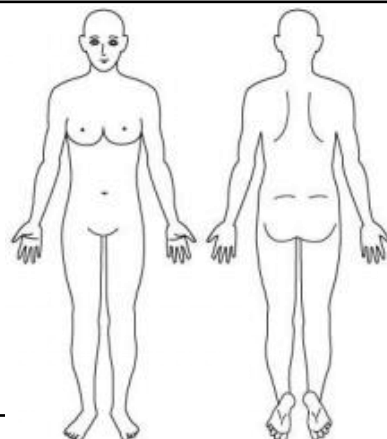
もれなくご記入ください

ふりがな		男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年 月 日
住所	〒 自宅電話() 携帯電話()			
職業 (具体的に)	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()		女性の方	<input type="checkbox"/> 妊娠 ()か月 <input type="checkbox"/> 妊活中 <input type="checkbox"/> 授乳中

問診「本日はどうされましたか」

皮膚の病気・症状についてのご相談

- ・症状のある部位を「右図」に○で囲んでください。
- ・いつからですか
 () 時間前 () 日前 () 週間前
 () ヶ月前 () 年前
- ・どのような症状ですか。
かゆい 痛い 赤み 発疹 ニキビ イボ
ほくろ できもの その他 ()
- ・そのことでこれまでに治療を受けたことがありますか
 ない・ある 病院名 ()
 処方薬 ()



1

特定の治療(手術・レーザー・美容)についてのご相談

【全ての医師が対応可能】

- 皮膚腫瘍の診察(ホクロ、粉瘤など)
- 医療レーザー脱毛
- 男性型脱毛症(AGA)
- 女性の薄毛治療
- 多汗症の自費治療(ボトックス以外)
- まつげの育毛薬

【対応医師が限られる治療】

- 当日手術の相談(ホクロ、粉瘤など)
- ニキビの自費診療(イソトレチノイン、ホルモン治療)
- ニキビ・ニキビ跡のレーザー治療
- シミ・肝斑・そばかすの塗り薬治療(ゼオスキン、トレチノイン)
- シミ・肝斑・そばかすのレーザー治療(ピコレーザー)
- 赤ら顔・酒さの自費診療
- 赤アザ・血管腫のレーザー治療
- 多汗症・ワキガの自費治療(ボトックス、ミラドライ)
- ピアス ダイエット外来(GLP1、SGLT2)
- たるみ治療(ダイヤモンドチップ、インモードリフト)
- 脂肪冷却痩身によるダイエット(クールテック)

対応医師が限られる治療は、
お待ち時間が長くなることが
ございます

2

治療中のご病気はありますか

ない ・ ある 詳細 →

3

治療中の病気に対して、使用している薬剤はありますか

ない ・ ある 詳細 →

4

アレルギーはお持ちですか(食品、薬品、化粧品、紫外線など)

ない ・ ある 具体的に →

アンケート

1

診療に何かご希望・ご要望があればお書きください。

2

当院を始めて訪れたきっかけを選択してください

- 当院のホームページ インスタグラム 近所だから
- グーグルなどの検索エンジン 友人・家族・知人の紹介

ご紹介者名: _____ 様