



※以下は診療に必要な事柄ですのでご協力ください。なお、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為にのみ使用いたします。

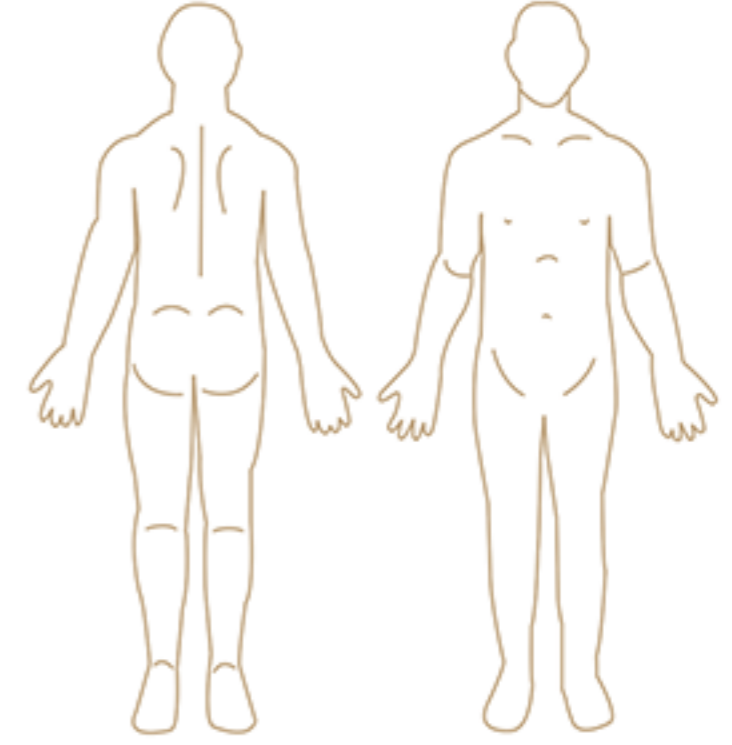
ふりがな

氏名  お電話番号 (  ) 留守番電話 ( ある ・ ない )  
※必ず通じるナンバーをお書きください。

性別 ( 男性 ・ 女性 ) 年齢 (  ) 歳 身長 (  ) cm 体重 (  ) kg

ご住所 (  ) 職業 (  )

一番治したいこと  
※右記の図で症状のあるところを斜線で示してください。



いつから始まりどのような状態ですか？  
また、どういう時悪化しますか？(雨降り、季節の変わり目、月経前など)  
※右記の図で症状のあるところを斜線で示してください。

家族の状況

父 (  ) 歳 健康 ・ 病気(病名:  ) ・ 死亡(病名:  )

母 (  ) 歳 健康 ・ 病気(病名:  ) ・ 死亡(病名:  )

配偶者 (  ) 歳 健康 ・ 病気(病名:  ) ・ 死亡(病名:  )

兄弟の数 (  ) 人

結婚 未婚 ・ 結婚後 (  ) 年 ・ 別居 ・ 離婚 ・ 死別

子ども (  ) 人

今までに罹った大きな病気(皮膚疾患以外も含めて)

手術: ない ・ ある(病名:  ) 入院: ない ・ ある(病名:  )

輸血: ない ・ ある 通院: ない ・ ある(病名:  )

アレルギーまたは薬などで何らかの反応があったことがある方は具体的に教えてください

喘息 ・ 鼻炎 ・ 皮膚炎 ・ シナモンやセロリに何らかの反応がある ・ その他 (  )

薬 (  ) ・ 食べ物 (  )

現在、他の病院に通院している方に(皮膚疾患以外についてもご記入ください)

病院名:  診療科:

いつから:  診断名:

現在服用中の薬の名称:

漢方の方のみ記載してください。

今までに漢方薬を服用したことはありますか？

ない ・ ある 漢方薬の名称: せんじ薬 (  )、粉薬・錠剤 (  )

漢方薬はせんじ薬・エキス剤のどちらを希望しますか？

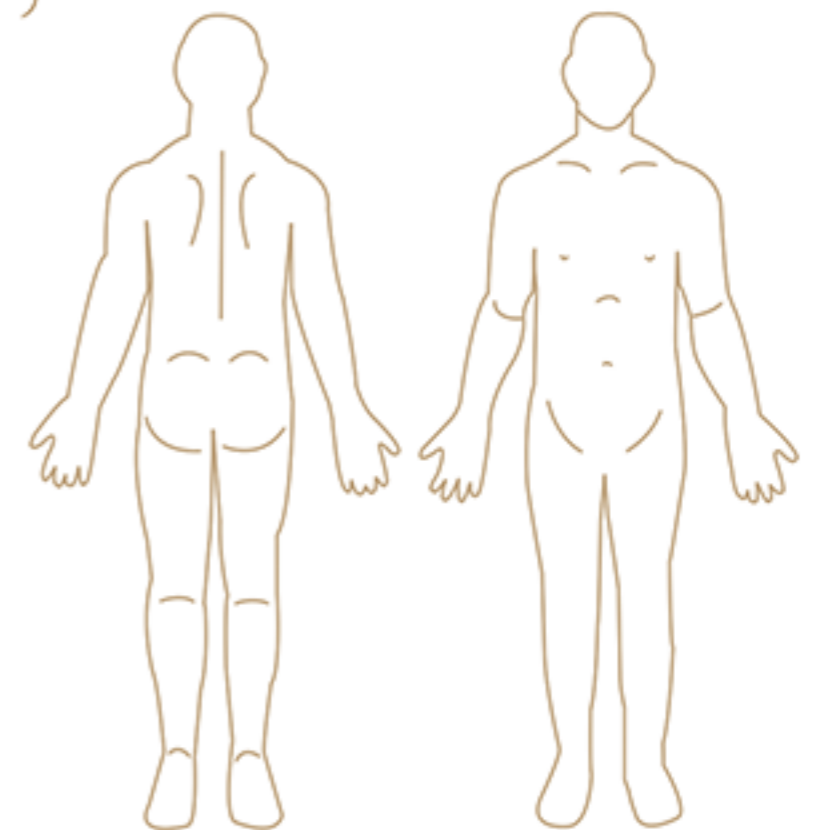
せんじ薬 ・ エクス剤 ・ 相談の上で決めたい

当てはまるものに○を、特にひどいものを◎で囲んでください

- (1) 食欲： ある ・ 普通 ・ ない
- (2) 睡眠： よい ・ 眠れない ( 寝つきが悪い ・ 途中で目が覚める ) ・ 夢をよくみる
- (3) 小便： 1日に ( ) 回くらい 夜間に ( ) 回くらい 1回量が ( 多い ・ 普通 ・ 少ない )  
排尿困難 排尿痛 尿がもれる
- (4) 大便： ( ) 日に ( ) 回くらい ( 硬い ・ 普通 ・ 柔らかい ) 下痢 出にくい  
痔がある 下剤を服用している場合はその名称 ( )
- (5-1) 疲れやすい 気分が憂鬱になる ものを忘れをする イライラする 汗をかきやすい 寝汗をかく
- (5-2) 頭痛 頭が重い 耳鳴 難聴 めまい のぼせる 立ちくらみ
- (5-3) 視力低下 目が疲れる 目がかすむ 目がショボショボする 目のクマがでしやすい
- (5-4) くしゃみ 鼻汁 鼻汁がのどにおりる 鼻づまり 鼻血
- (5-5) のどが痛む のどがつかえる のどが渇く 水分をよくとる 口の中が乾燥する 唇が乾く
- (5-6) 咳 痰 ぜいぜいする 息切れ 動悸 胸痛
- (5-7) 口が苦い 生唾がでる ゲップ 胸やけ みぞおちがつかえる 吐き気 嘔吐 乗り物酔い
- (5-8) 腹痛 腹が張る 腹が鳴る ガスがよく出る 性欲の減退
- (5-9) 爪がもろい 髪が抜けやすい 皮膚がかさかさする 皮膚のかゆみ しもやけができる
- (5-10) 足に力が入らない 足がふらつく 手がこわばる その他 ( )

- こる : 首 ・ 肩 ・ 背中 ・ 腰 ・ その他 ( )
- 痛む : 手 ・ 足 ・ 肩 ・ 膝 ・ 腰 ・ その他 ( )
- しびれる: 手 ・ 足 ・ その他 ( )
- ふるえる: 手 ・ 足 ・ その他 ( )
- 冷える : 手 ・ 足 ・ 腰 ・ 全身 ・ その他 ( )
- ほてる : 顔 ・ 手 ・ 足 ・ その他 ( )
- むくむ : 顔 ・ 手 ・ 足 ・ その他 ( )

※右記の図で症状のあるところを斜線で示してください。



よく食べる飲食物

- 甘いもの 塩辛いもの 辛いもの 酸っぱいもの 油っこいもの 冷たいもの 温かいもの
- 肉 ( 牛 ・ 豚 ・ 鳥 ) 魚 ( 焼 ・ 煮 ・ 刺身 ) 野菜 ( 生 ・ 温 )
- 海草 卵 乳製品 果物 菓子 炭酸飲料

嗜好品

- 酒 : 日本酒 ビール ウイスキー その他 ( )
- タバコ: 吸わない 吸っていたことがある ( 歳 ~ 歳 ) 吸っている ( ) 歳 ~、( ) 本/日
- 飲み物: コーヒー 紅茶 日本茶 その他 ( )

月経の状況 (女性のみ)

- 初経 ( ) 歳 閉経 ( ) 歳 最終月経 ( 月 日 ) 妊娠の可能性 ( なし ・ あり )
- 順 ・ 不順 月経周期 ( ) 日 出血期間 ( ) 日 出血量 ( 多 ・ 普通 ・ 少 )
- 月経痛 ( ~ 日目 ) 鎮痛剤を使用している場合はその名称 ( )
- 排卵痛 月経前の違和感や疼痛 帯下 分娩 ( ) 回 自然流産 ( ) 回 人工流産 ( ) 回

当院受診の理由 (いくつでも)

- 自宅から近い 勤務先から近い 知人・友人の紹介 (紹介者: )
- 新聞・雑誌・本で見て (名称: ) インターネット
- 医師の勧め ( ) その他 ( )

## 化粧品に関する問診表

現在行っているスキンケアについてお答えください。  
当てはまるものに○をつけてください。形状や名前がわかるものはなるべく詳しくお書きください。  
書ききれないときは、欄外に書いていただいても構いません。

### 朝のスキンケアについて

洗顔	固形石鹸 ・ 液体石鹸 ・ その他（ ） ・ 名称など（ ）
こすらず洗っていますか？（ はい ・ いいえ ） ・ 皮を剥いていませんか？（ はい ・ いいえ ）	
化粧水	乾燥肌用 ・ 敏感肌用 ・ 脂性肌用 ・ その他（ ） ・ 名称など（ ）
乳液	乾燥肌用 ・ 敏感肌用 ・ 脂性肌用 ・ その他（ ） ・ 名称など（ ）
日焼け止め	SPF ・ 名称など（ ）
下地	名称など（ ）
ファンデーション	リキッド ・ パウダー ・ その他（ ） ・ 名称など（ ）
ポイントメイクなど	マスカラ ・ アイシャドー ・ まつげパーマ ・ 口紅 ・ その他（ ）
まつげはアイロンをかけている？（ はい ・ いいえ ） ・ イクステンションをしている？（ はい ・ いいえ ）	

### 日中のスキンケアについて

何かしていますか？
-----------

### 帰宅後のスキンケアについて

メイクオフクレンジング	オイル ・ クリーム ・ 液体 ・ その他（ ） ・ 名称など（ ）
洗顔	化粧水
乳液	美容液
その他のケア	

当院受診の理由（いくつでも）		
自宅から近い	勤務先から近い	知人・友人の紹介（紹介者： ）
新聞・雑誌・本で見て（名称： ）	インターネット	
医師の勧め（ ）	その他（ ）	