

ルカ皮フ科  
クリニック

問 診 票

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
氏 名				
職 業			お子様の場合	体重 Kg
住 所	〒 -		電話番号	自宅： 携帯：

アレルギーはありますか。いいえ はい → ある場合は原因の名前をお書きください

原因となる薬剤名：

原因となる食べ物・その他の名前：

車、バイク、機械の運転、細かい作業や危険な作業はされますか いいえ はい

妊娠されていますか いいえ はい → 出産予定日： 年 月 日

授乳されていますか いいえ はい

● 今まで、下記の病気にかかったことはありますか？ → いいえ はい

「はい」に○をつけた方は、下記病名に○を、もしくはカッコ内に病名を記載してください

高血圧 糖尿病 ぜんそく 緑内障 前立腺肥大 脳梗塞 胃潰瘍 アトピー性皮膚炎  
心臓病 ( ) 肝臓病 ( ) 腎臓病 ( ) ガン ( )  
皮膚疾患 ( ) 精神疾患 ( ) 手術歴・その他 ( )

● 現在、内服されているお薬はありますか

いいえ はい → ☆お薬手帳を医師に提示して下さい☆

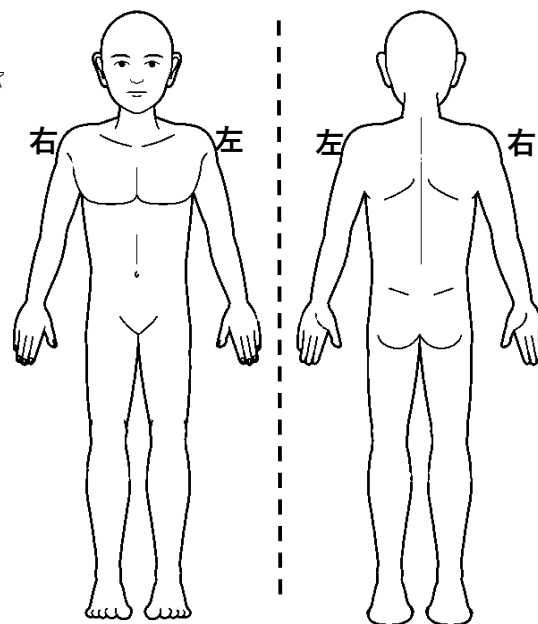
● 本日はどうされましたか？

① 症状のあるところ（人体図）に○印をしてください

② 症状はいつからですか

③ どのような症状ですか

かゆい 痛い 赤い ブツブツ カサカサ・乾燥  
腫れている 水ぶくれ 傷・ケガ あざ しこり  
やけど 虫に刺された ニキビ じんましん  
ほくろ ヘルペス イボ タコ・うおのめ 水虫  
その他 ( )



④ 今回のことでほかの医療機関で治療を受けましたか → いいえ はい

● 当院をどちらでお知りになりましたか

1. 受診歴がある
2. 家族
3. 友人・知人
4. 近所・通りすがり
5. 当院の姉妹クリニック（シオン・ノア・ルカ・ドゥオ・セシル・マリア）
6. 労災病院（皮膚科・他科）
7. 5.6.以外の病院 ( )
8. 薬局
9. 情報センター
10. インターネット、ホームページ
11. その他 ( )