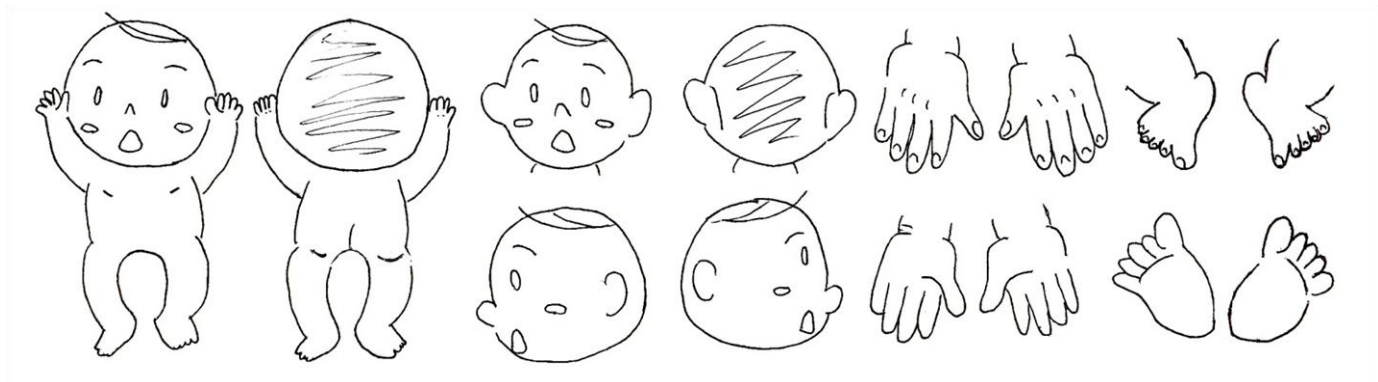


# スキンケア外来問診票（初診）

フリガナ	男 女	生年月日：平成	年	月	日
氏名			(	歳	ヶ月)
住所 〒					
電話	-	-			

1. 下の図で症状のある部分に○を付け、いつから、どのような症状（かゆい、赤い、かさかさしている、じくじくしている etc.）があるかお書きください



2. 他院で、治療中の方は、使用している塗り薬、内服薬などをお書きください

3. 皮膚症状のためにお子さんがお困りこのことはありますか？（例：よくねむれない etc.）

4. 普段使用しているスキンケア用品（保湿剤など）があればお書きください

5. スキンケア外来で相談したいことを具体的にご記入ください