

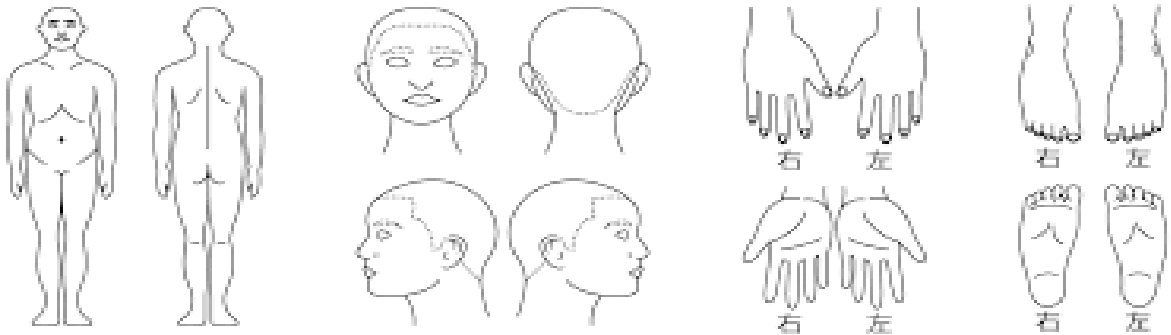
皮膚科問診票

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日 (H・S・T)	年 齡	性 別
お名前		年 月 日	才	男・女
ご住所	〒			
電話番号		携帯電話		ご職業

1. 今日診てもらいたい症状について

①部位 (印をつけてください)



②症状：(かゆい、痛い、水虫、いぼ、できもの、にきび、かぶれ、やけど、抜け毛、ふけ、しみ)

③いつから(年前から、 カ月前から、 週前から、 日前から)

④上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか？

いいえ はい → (薬品名：)

2. 現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい 病名()

3. 現在内服しているお薬はありますか？お薬手帳をお出しいただいても結構です。

いいえ はい 薬品名() 開始時期()

4. 今まで、下記の病気にかかったことがありますか？

アトピー性皮膚炎 アレルギー性皮膚炎(花粉症) 喘息 高血圧 心臓病 痛風

糖尿病 胃潰瘍 肝疾患 腎疾患 透析中 膠原病 前立腺肥大 緑内障

結核 脳梗塞 精神疾患 輸血 手術() その他()

5. 今までお薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？ いいえ はい→飲み薬、塗り薬、注射、食べ物、倒れた、発疹、息苦しくなった、その他 薬品、食物の名前 ()

6 女性の方はお答えください。

妊娠中である 妊娠の可能性がある 妊娠していない 授乳中 出産の経験がある

7.当院をどうやって知りましたか？

知人の紹介 病院からの紹介()病院 ホームページを見て その他