

皮膚科 問診票

記入日：平成 年 月 日

ふりがな 氏名	男 ・ 女		大正 昭和 平成				年 月 日生 (歳)	
	(〒 -)		電話	- - - -		(緊急時)		
住所	身長		cm	体重	kg			

1. いつからどのような症状がありますか。

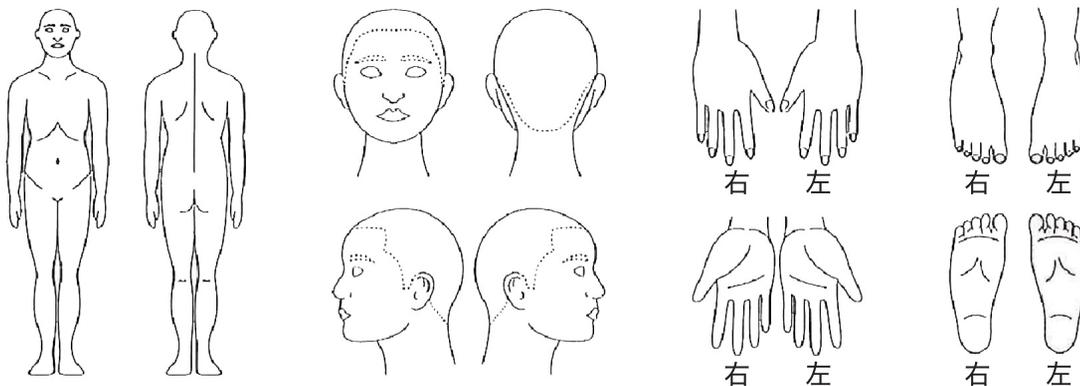
a. いつから () 例 .○月△日から、□□前から

b. 症状 (○をつけてください。)

かゆい 痛い かさかさ 赤くなっている 水虫 いぼ ホクロ きず
虫刺され できもの にきび 脱毛 あざ その他 ()

c. その症状についてこれまで治療を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

d. 部位 (絵に印をつけてください。)



2. 現在、他に治療中の病気はありますか。 (はい・いいえ)

⇒ はい の方は、病名と薬を書いてください。 (病名：)

[薬：]

※診察時に薬手帳をみせていただくのでも構いません。

3. 今までにかかったことのある病気を教えてください。

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 (花粉症) 喘息 糖尿病 心臓病 高血圧
胃潰瘍 肝臓疾患 腎臓疾患 膠原病 前立腺肥大 緑内障 輸血
手術 () その他 ()

4. 薬、食べ物にアレルギーはありますか。 (はい・いいえ)

⇒ はい の方は、具体的に教えてください。 ()

5. 【女性の方に】 現在、妊娠中ですか。またその可能性はありますか。

a. 現在妊娠している (月) b. 可能性あり c. 可能性なし

6. 当院をどのようにして知りましたか。

a. 知人の紹介 b. 通りがかり c. ホームページ d. その他 ()

