

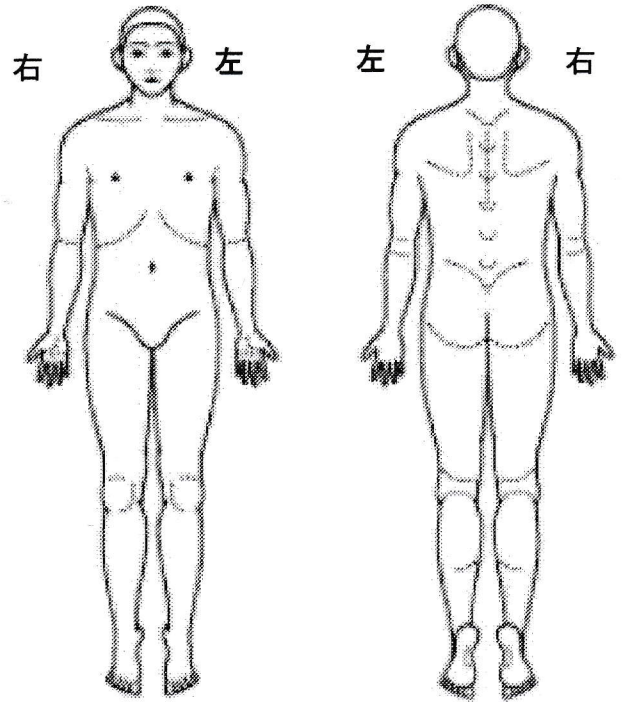
皮膚科問診票

年 月 日 ()

※15才未満の方は体重のご記入をお願いします。

体重： kg

〒	ご職業
住所	
電話番号 () -	
フリガナ	生年月日
氏名	



下記のご質問にお答えください。

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

年前 ヶ月前 日前

- かゆみ 痛み ニキビ
はれている 赤み しこりがある
やけど 水虫 シミ
その他の症状

どの部位ですか。

※右の絵に○をつけてください。

3. 今までに下記の病気に
かかったことはありますか。

- はい いいえ

※はいの場合は下記項目にチェックしてください。

- 喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 花粉症
糖尿病 前立腺肥大 緑内障 その他 ()

4. 今までに入院した病気・けががありましたら記入してください。

()

5. 現在他の病院にかかっていますか。

- はい いいえ ※はいの場合は、ご記入ください。

病名： _____

6. 現在内服薬、外用薬はありますか。

- はい いいえ ※はいの場合は、お薬手帳をお出してください。
お薬手帳忘れ お忘れの方はお薬の名前をご記入ください。

()

7. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

薬のアレルギー

- はい いいえ 薬剤名： _____ 症状： _____

食べ物のアレルギー

- はい いいえ 食べ物名： _____ 症状： _____

8. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか

授乳中ですか

- はい (ヶ月) 可能性あり はい いいえ
いいえ