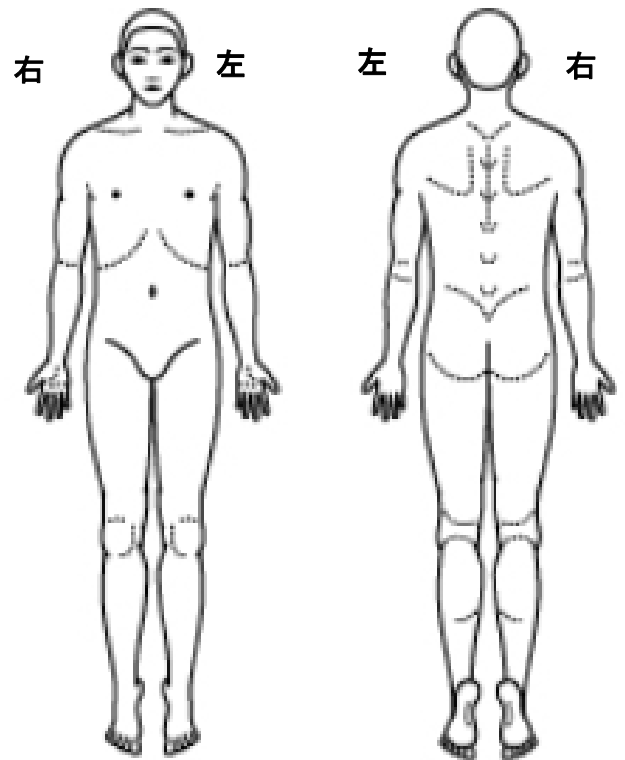


皮膚科問診票

フリガナ	ご職業
氏名	
〒 -	
住所	
電話番号	生年月日
() -	

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



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 ☐肝機能異常 ☐腎機能異常

※検査結果をお持ちの方はご提示お願いいたします

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) ☐いいえ ☐可能性あり ☐はい ☐いいえ