

# 問診票(皮膚科)

記入日 年 月 日

ふりがな				住所	〒
氏名					
(生年月日 大明昭平 年 月 日生)					
身長	cm	体重	kg	電話番号	

1-1. どのようなことで来院されましたか？（当てはまるものに○をつけてください）

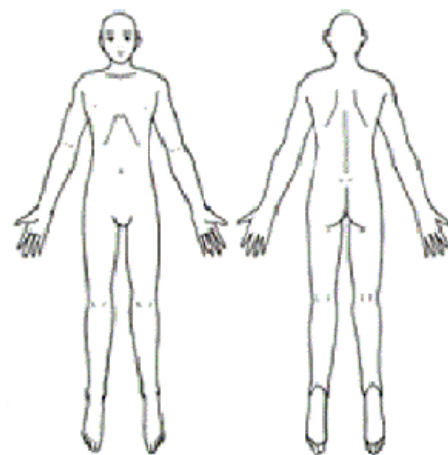
・いつ頃から

さっき・今朝・昨夜・昨日・( ) 日前・( ) 週間前・( ) ヶ月前・( ) 年前

・どんな症状ですか

かゆい 赤い ぶつぶつ じんましん 痛い  
水虫 タコ・ウオノメ キズ・ケガ やけど  
とこずれ できもの・しこり ほくろ  
虫に刺された・動物に咬まれた  
その他 ( )

どの部位に  
(診察を希望される場所を○で  
かこんでください)



1-2. このことで何か治療をしていましたか (はい・いいえ)

その内容 ( )

・家族に同じような症状の方はいますか (いる・いいえ)

2. 健康食品を含めて、現在飲んでいる薬はありますか (はい・いいえ)

①はい (薬剤名: )

3. これまでに重大な病気にかかったり、あるいは手術を受けたりしたことがありますか？

①はい (病名: 輸血の有無: 有・無 ) ②いいえ

4. 現在までに食べ物や薬剤で何らかの異常 (発赤、じんま疹/発疹、気分不良、ショックなど) が起こったことはありますか？ \*アレルギーの有無について

①はい (食物名/薬剤名: ) ②いいえ

5. 女性の方へ

最終月経: 月 日

現在妊娠していますか? ①はい (週数: ) ②いいえ

授乳中ですか? ①はい ②いいえ