

皮膚科問診票

診察日 年 月 日

No. _____

| | | | | |
|------|----------------------|-----|----|-----------------------|
| フリガナ | | 男・女 | 住所 | 〒 |
| 氏名 | | | | |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 年 月 日 (才) | | ☎ | (自宅) (携帯) |

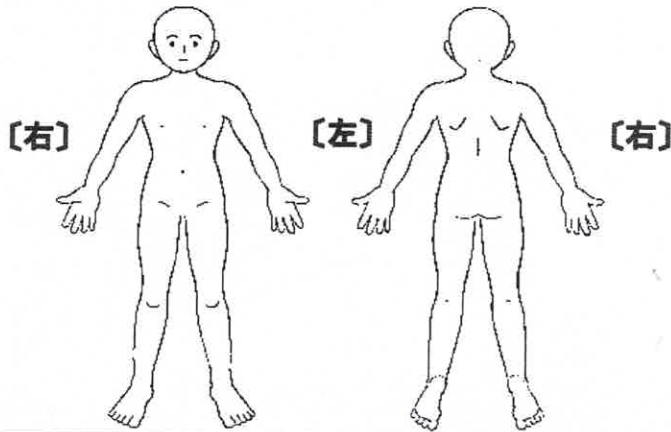
※ お子様を受診の場合：体重()kg

① 本日の症状についてお聞きします

いつ頃から？ 年 月 日～

どこが？

※下記の図に○をつけて下さい



どのような症状ですか？

※下記の症状があれば○をつけて下さい

- かゆい 痛い ぶつぶつ かさかさ
- 赤み 水ぶくれ 腫れ 皮むけ ニキビ
- やけど 水虫 いぼ タコ/魚の目 ほくろ
- じんましん アトピー 脱毛 巻き爪

上記以外の症状

この症状で現在あるいは過去に治療をうけた事がありますか？

「はい」の方... 医療機関名 () いつ頃？()

はい ・ いいえ

② これまでにかかった病気、または現在治療中の病気はありますか？

「はい」の方 ...

アトピー 蕁麻疹 気管支喘息 花粉症 食物アレルギー()

帯状疱疹 高血圧 糖尿病 胃潰瘍 心臓病 腎臓病

肝臓病 痛風 脳梗塞/脳卒中 前立腺肥大 高脂血症 緑内障

がん/腫瘍() その他()

はい ・ いいえ

現在、何かお薬をのんでいますか？

「はい」の方 ... お薬手帳をご用意ください

→お持ちで無い方 (お薬名)

はい ・ いいえ

③ お薬のアレルギーはありますか？

「はい」の方... (お薬名)

はい ・ いいえ

④ 女性の方... 妊娠中 (出産予定日 年 月 日) ・ 授乳中

⑤ その他... 自費化粧品等のご相談がございましたらご記入ください

()

⑥ 当クリニックは何でお知りになりましたか？

ホームページ(ネット検索等) 他医院からのご紹介()

知人ご紹介

ご近所 通りがかり その他()

ご協力ありがとうございました。診察までしばらくお待ちください。