

皮膚科 問診票

令和 年 月 日

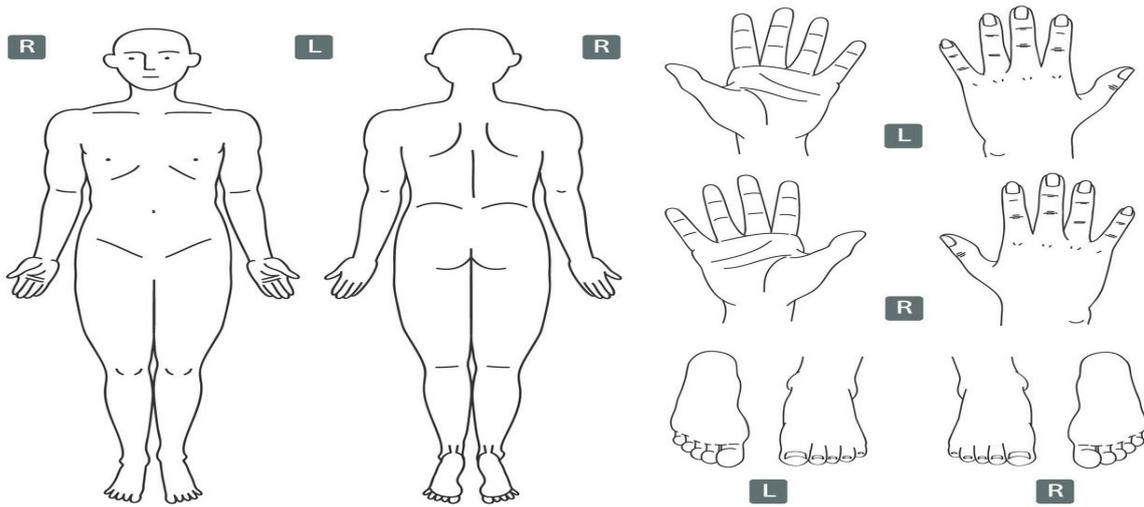
フリガナ				
氏名		生年月日	年 月 日生 (歳)	男・女
住所	〒			
携帯電話		電話番号		

※該当するものに○をつけて下さい。

① 本日の症状について

かゆみ・痛み・赤み・かさつき・ぶつぶつ・水ぶくれ・できもの・かぶれ・やけど・ニキビ・水虫・蕁麻疹・アトピー・抜け毛・しみ・ほくろ・その他 ()

② 部位はどこですか？



③ 症状が出たのはいつ頃ですか？ (日前・ か月前・ 年前)

④ 今回の原因として思い当たることがありますか？ (ある ・ ない)

ある場合は記入して下さい。<薬・食べ物・化粧品・仕事・出かけたなど>

()

⑤ 今回の症状で他の医療機関で治療を受けていれば記入して下さい。

病院名 () 診断名 ()

治療内容<薬の名前など> ()

⑥ 家族で同じような症状の方はいますか？ (いる ・ いない)

⑦ 現在治療中の病気はありますか？ (ある ・ ない)

ある場合、内服中の薬があれば記載して下さい。

高血圧・糖尿病・心臓病・脳梗塞・肝疾患・腎疾患・膠原病・緑内障・その他 ()

薬剤名 ()

⑧ 今までに薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？ (ある ・ ない)

薬・食べ物等 () 症状 ()

⑨ 女性のみお答え下さい。

現在妊娠の可能性がある、あるいは妊娠していますか？

(はい ・ いいえ) (週目) 授乳していますか？ (はい ・ いいえ)

★当院受診のきっかけを教えてください。(複数回答可)

ホームページ 駅看板 道沿いの看板 webの□□ミ 通りがかり

(家族 知人 他院) から紹介されて

その他 ()