

皮膚科 問診票

平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平	
氏名			年 月 日 (満 歳)	
住所	〒			
電話番号		体重	kg	体温
携帯電話		身長	cm	職業
		本人・父・母・その他		

◆どのような事で来院されましたか？(当てはまるものに○を付けてください)

○ いつごろから

さつき(時頃)・今朝・昨日・()日前・()週間前・()ヶ月前・()年前

○ どの部位に (診察を希望される場所を○で囲んでください)

○ 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

とこすれ できもの・しこり ほくろ

虫に刺された・動物に咬まれた ()

花粉症

その他 ()

○ 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 ・ いない

○ お仕事中に起こった事故・ケガですか？ はい ・ いいえ

■ 現在、他院にて通院中や、治療中の病気はありますか？ ある ・ ない

ある方 → 病院名 ()

病名 ()

■ 健康食品を含めて、現在飲んでいる薬はありますか？ ある ・ ない

ある方 → 名前 (お薬やお薬手帳を持参)

■ 今までに薬や食べ物で副作用(ショック・発疹・気分不快)がありましたか？ ある ・ ない

ある方 → 名前 (お薬やお薬手帳を持参)

■ 今までに手術を受けたことや、入院したことはありますか？ はい ・ いいえ

はい → いつ頃・病名 ()

■ 《女性の方へ》 妊娠中ですか？ はい(第 週) ・ いいえ 拳児希望 あり ・ なし

授乳中ですか？ はい ・ いいえ

