

# 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 男・女			年 月 日 (満 歳)	
住所	〒			
電話番号	体重	kg	体温	度 分
携帯電話 本人・父・母・その他	身長	cm	職業	

◆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

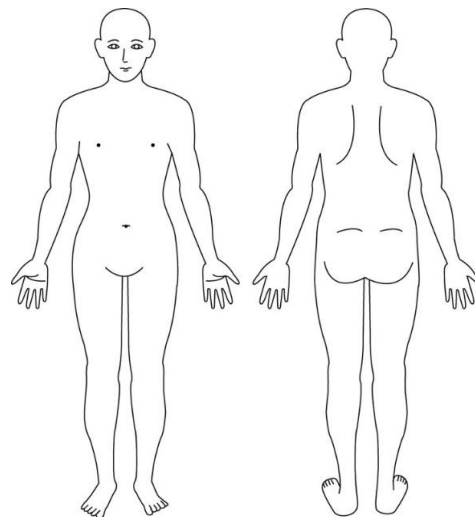
その他 ( )

○ 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 (お薬かお薬手帳を持参 )

■ 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 (お薬かお薬手帳を持参 )

■ 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