

皮膚科問診表

受付番号

日付 年 月 日

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 性別: 男・女 _____

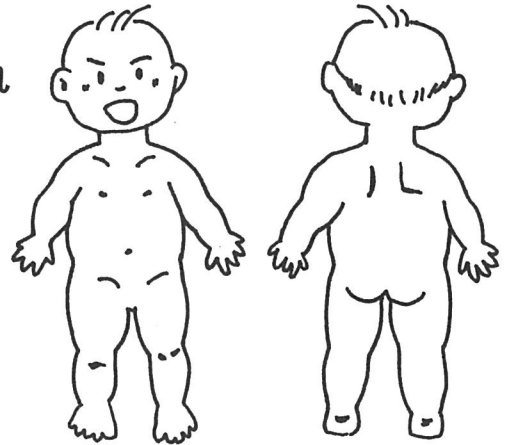
小児の方のみ 体重: _____ kg 熱: _____ °C 職業: _____

1. 今日の症状、受診目的を教えてください。再診の方は症状の変化があればお書きください。
(あてはまる症状があれば○をつけてください。)

いつから: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から _____ どの部位に(下の図に○をつけて下さい)

かゆい いたい 赤み 腫れ やけど 爪
ニキビ シミ 抜け毛 水虫 床ずれ
カサカサ 水ぶくれ

その他症状・受診目的



2. この症状で、現在あるいは過去に治療を受けていますか。 はい (市販の薬を使った・他の病院にかかっている)・いいえ
3. 現在、何か薬を飲んでいますか。 はい・いいえ
「はい」の方…わかれば薬の名前()
4. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。 はい・いいえ
「はい」の方…わかれば薬・食べ物の名前()
5. 女性の方のみお答え下さい。
現在妊娠中ですか。 はい (_____ ヶ月)・いいえ 授乳中ですか。 はい・いいえ
- *紹介状はお持ちですか _____ はい・いいえ

ご協力ありがとうございました。順番がきましたらお呼びいたしますのでもう少しお待ち下さい。
この問診表は診療記録として保管させていただきます。(スキャナー項目:問診表にスキャナー保存)

埼玉協同病院 改訂日 2013年 11月