

皮膚科問診表

呼出番号

日付 年 月 日

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 性別: 男・女 _____

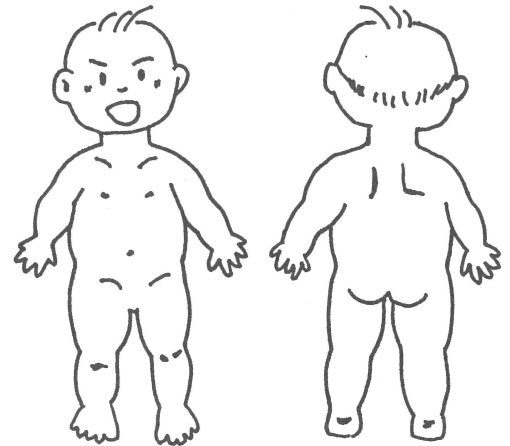
小児の方のみ 体重: _____ kg 熱: _____ °C 職業: _____

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 頃から _____ どの部位に(下の図に○をつけてください)

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ください。
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ください。
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