

皮膚科問診票

受付番号

日付 年 月 日

氏名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 歳 性別: 男・女

体温: \_\_\_\_\_ °C 小児の方のみ 体重: \_\_\_\_\_ kg 職業: \_\_\_\_\_

再診の方へ 前回受診日( 年 月頃)

症状に変化はありましたか

良くなっている 前回と変わらない 悪くなっている

※悪くなっているを選ばれた方は **初めての方へ** の 1 に症状をお書き下さい

初めての方へ 紹介状はお持ちですか はい・いいえ

1. 今日の症状、受診目的を教えてください

いつから: 年 月 日 時頃から

(当てはまる症状があれば○をつけてください。)

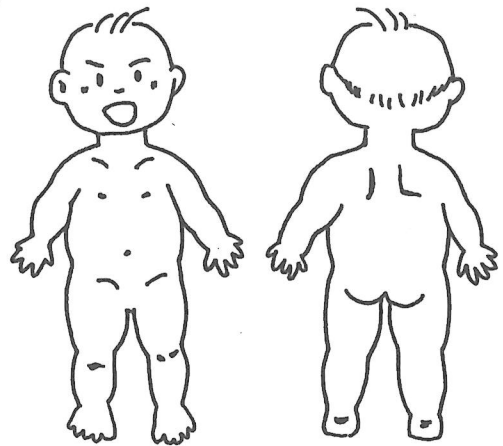
かゆい いたい 赤み 腫れ やけど 爪

ニキビ 抜け毛 水虫 床ずれ 水ぶくれ

その他症状

[ \_\_\_\_\_ ]

症状の部分に○をつけてください



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. 現在治療中の病気はありますか はい・いいえ (はいの方は①②③にお答え下さい)

①医療機関名( )

②疾患名: 高血圧 糖尿病 狭心症 不整脈 悪性腫瘍 呼吸器疾患  
その他( )

③内服薬( )

※今まで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」の方は薬・食べ物の名前( )

※女性の方のみお答え下さい

現在妊娠中ですか はい ( 週)・いいえ 授乳中ですか はい・いいえ