

皮膚科問診票

※再診の方で、住所・電話番号に変更の無い場合は空欄で結構です。 日 付 _____

ふりがな			
ご氏名	男 ・ 女		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	(歳)
※住所	〒 _____		
※電話番号	(自宅)	(携帯番号)	
体重 (お子さんの場合)	Kg	職業	

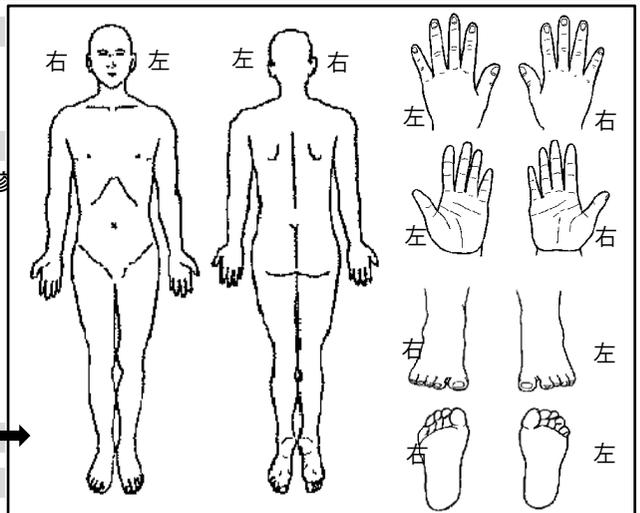
① いつ頃からお困りですか？

[_____]

② あてはまる症状に○印を付けて下さい。

発熱 かゆい 痛い 腫れている 赤くなっている 湿疹 発疹
 できもの 怪我 やけど とびひ 蕁麻疹 虫刺され ニキビ
 イボ シミ 巻き爪 水虫 脱毛 カサカサする

その他 [_____]



③ 右図の、症状のある部分に○を付けてください。 →

④ 業務上、または通勤による負傷・病気ですか？

はい いいえ

⑤ 現在、この症状で治療を受けていますか？

はい いいえ

「はい」の方⇒ 病院名 {
 治療方法 {

※その治療方法で、どのような変化がありましたか？

良くなった 変わらない 悪くなった その他 [_____]

⑥ 現在、皮膚科以外の科にかかっていますか？

はい いいえ

「はい」の方⇒ 医療機関名 {
 病名 {

⑦ 現在、常用している内服薬・外用薬はありますか？

はい⇒ お薬手帳持参あり または薬名 [_____]

いいえ

⑧ 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⇒ 薬・食べ物名 [_____]

⑨ 今までにかかった病気に○印を付けてください。

アトピー性皮膚炎 喘息 アレルギー性鼻炎 糖尿病 高血圧 花粉症 心臓病 肝臓病

腎臓病 前立腺肥大 緑内障 その他(_____)

⑩ 女性の方のみお答えください

・現在、妊娠中ですか？または妊娠の可能性がありますか？ はい(現在 _____ 月) いいえ

・現在、授乳中ですか？ はい いいえ

★ご記入が終わりましたら、受付にお持ちください

緊急の診察が必要となる患者様や、やむを得ず診察が長引く患者様がいらっしゃいます。
 そのため、予定時間通りに診察できない場合がありますが、予めご了承ください。