

# 皮膚科問診票（はじめて受診される方へ）

以下の質問は重要ですので、できるだけ正確に記入してください。

記入日 年 月 日

ふりがな \_\_\_\_\_

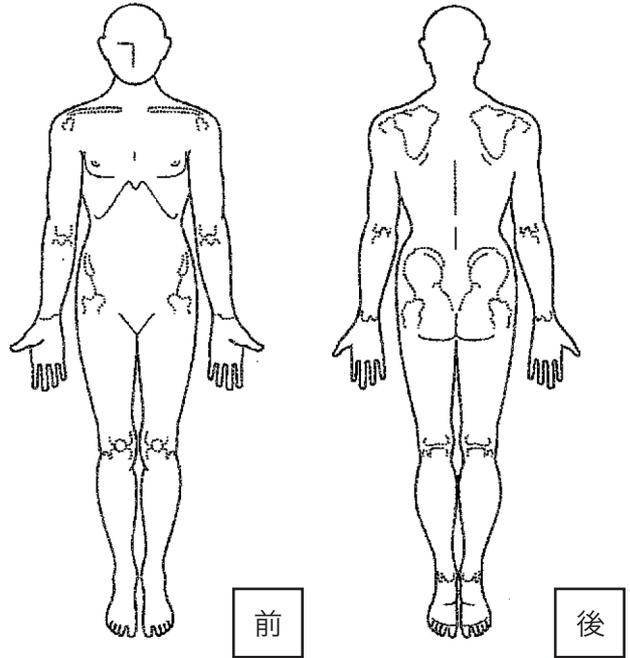
氏名 \_\_\_\_\_ 性別 (男・女) 同居人 (あり・なし)

住所 〒( ) \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_ 職業( ) \_\_\_\_\_

生年月日 大・昭・平 年 月 日 年齢( )歳 13歳未満の方 体重( )kg

- どのような症状がありますか。
  - ・しっしん ・できもの ・じんましん
  - ・かゆみ ・虫刺され
  - ・その他( )
- 症状がある箇所(右図)に印を付けてください。
- それはいつ頃からできましたか。



- 何か治療をされましたか。
- その原因について心当たりはありますか。
- 現在、治療中の病気はありますか。(はい・いいえ)  
(例:糖尿病、高血圧、胃潰瘍など)

- 現在使用中の外用薬、内用薬はありますか。(はい・いいえ)  
使用中の薬品名を記入してください。

- 薬に対する過敏症はありますか。(ある・ない)  
ある方は薬品名をご記入ください。

- あなたを含めて家族の方に下記アレルギー疾患の方はいらっしゃいますか。  
(はい・いいえ)

該当される方がいれば○印を入れてください。

- ・アトピー性皮膚炎 (本人、父母、兄弟姉妹、子供、その他)
- ・ぜんそく (本人、父母、兄弟姉妹、子供、その他)
- ・アレルギー性鼻炎・花粉症 (本人、父母、兄弟姉妹、子供、その他)
- ・その他( ) (本人、父母、兄弟姉妹、子供、その他)
- 女性の方へ。
  - ・妊娠していますか。(している・していない) ( )ヶ月
  - ・授乳中ですか。(はい・いいえ)
- 当院を何でお知りになりましたか?
  - ・駅の看板 ・ホームページ ・インターネット ・紹介(家族、知人等) ・通りがかり
  - ・その他( )

ご協力ありがとうございました。