

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 _____

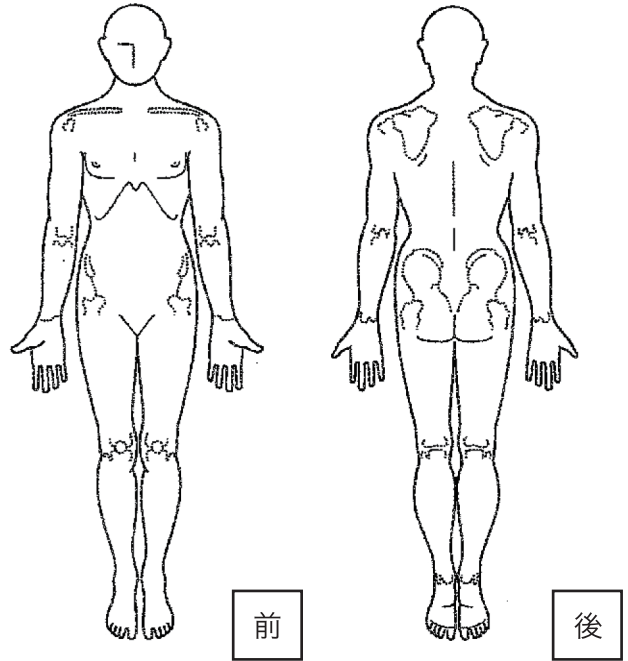
氏名 _____ 性別 (男・女) 同居人 (あり・なし)

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。