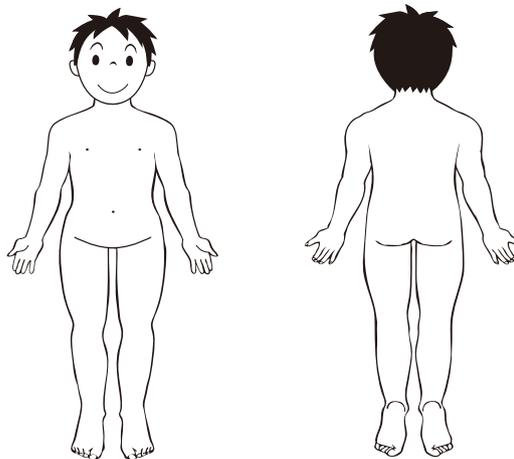


皮膚科 問診票 (初診時)

No. _____

(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日 (歳)	男女
氏名							
住所	〒 -	TEL		-	-		

1 本日診察を希望される場所を
○で囲んでください



2 症状が出たのはいつ頃ですか? ()

3 どのような症状・病気ですか○をつけて下さい (複数回答可)

赤み・かゆみ・痛み・ぶつぶつ・水ぶくれ・化膿・かさつき・フケ・イボ・円形脱毛
水虫・爪水虫・ニキビ・じんましん・アトピー・やけど・水イボ・男性型脱毛症
その他 ()

4 今回の皮膚病の原因として思い当たる事がありますか

ある場合は記入して下さい (薬・食べ物・化粧品・仕事・どこかに出かけた 等)
()

5 この症状について今まで他の医療機関で治療を受けていれば記入して下さい

病院名 ()
治療内容 (薬の名前など) ()

6 アレルギーはありますか?あてはまるものに○をつけて下さい

また、食物・薬の名前など、どんなものにアレルギーがあるのか書いて下さい
アトピー 喘息 鼻炎 花粉症 金属 動物 食物 なし
薬 ()
その他 ()

7 現在 皮膚科以外で治療している病気や内服している薬はありますか

病気 喘息・アレルギー性鼻炎・糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病
腎臓病・前立腺肥大・緑内障・その他 ()
内服薬 ()

8 女性の方のみ○をつけて下さい

現在 妊娠中ですか はい (ヶ月) 可能性 あり・いいえ
現在 授乳中ですか はい・いいえ

※薬の一覧表、お薬手帳があれば提出お願いいたします