

皮膚科問診票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (男・女)

住所(〒 _____) _____

自宅電話番号: _____ 携帯電話番号: _____

本日の体温: _____ °C 感冒症状(咳、くしゃみ、鼻水、のどの痛み等) 有・無

1. どのようなことで来院されましたか(あてはまるものに○をしてください)。

(保険診療 ・ 業務上の事故やケガ ・ AGA)

※業務上の事故やケガは労災扱いとなります。保険は使えません。

2. いつからどのような症状がありますか。

a. いつから:

(例) ○月△日から、□日前から

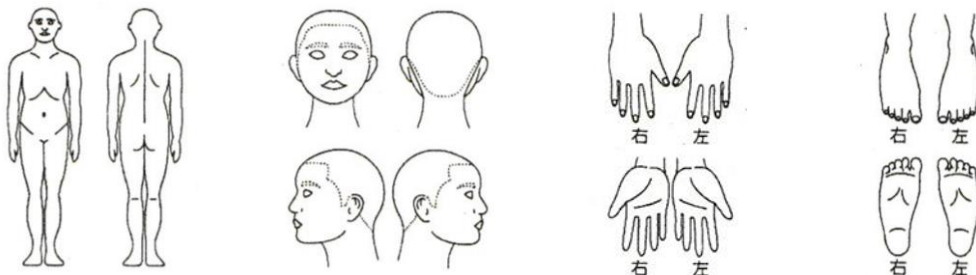
b. 症状(下にあてはまる症状があれば○をつけてください):

にきび、アトピー性皮膚炎、じんましん、ウオノメ・タコ、水虫、水いぼ、ホクロ、きずやケガ、
とびひ、虫刺され、やけど、できもの、その他()

c. その症状についてこれまで治療を受けたことがありますか?: (はい・いいえ)

⇒「はい」の方はその治療内容()

d. 部位(絵に印をつけてください)



3. 現在、他に治療中の病気はありますか?: (はい・いいえ)

⇒「はい」の方は、病名と薬を教えてください。(病名:)

【薬(健康食品も含む): _____】

※お薬手帳ご提示でも構いません。受付スタッフにお渡してください。

4. 今までにかかったことのある病気を教えてください(あれば○をつけてください)。

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎(花粉症) 喘息 糖尿病 心臓病 高血圧

胃潰瘍 B型肝炎 C型肝炎 HIV 結核 肝臓疾患 腎臓疾患 膠原病

手術() その他()

5. いままでに薬や食べ物で体調に変化がありましたか?: (はい・いいえ)

⇒「はい」の方は、名前と症状を教えてください。()

6. 【女性の方に】現在、妊娠中ですか?またはその可能性はありますか?

a. 現在妊娠している(月) b. 可能性あり c. 可能性なし