

# 皮膚科問診票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 ( \_\_\_\_\_ 年 月 日生) 性別 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で保険は使えません。

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

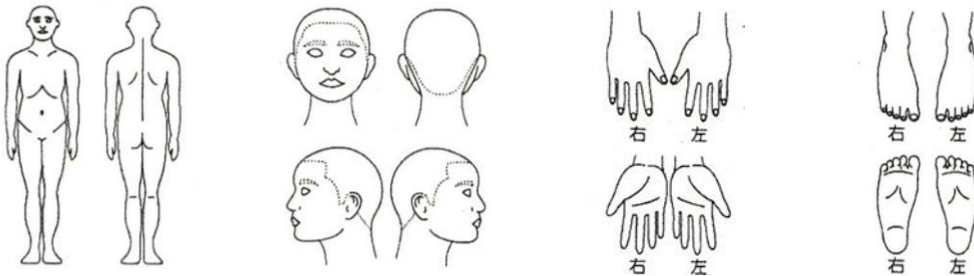
b. 症状 (下にあてはまる症状があれば○をつけてください):

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 ( \_\_\_\_\_ ヶ月) b. 可能性あり c. 可能性なし d. 授乳中