

皮膚科 問診票

年 月 日

この問診票は診察する上で大切な資料となります。差し支えない範囲でできるだけ詳しくご記入ください。

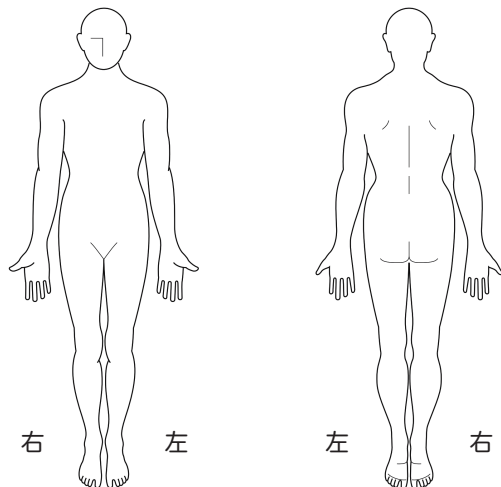
受診者氏名 (かかる人)	ふりがな		○をつけてください				
			男 ・ 女				
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日生	歳		
現住所	(〒 -)						
電話番号	自宅 ()	-	携帯 ()	-			
ご職業		身長	cm	体重	kg	体温	°C

●どのような症状がありますか？ にチェックをしてください (いくつでもご記入ください)

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> かゆい | <input type="checkbox"/> 湿疹 | <input type="checkbox"/> 乾燥 | <input type="checkbox"/> ほくろ |
| <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> 水虫 | <input type="checkbox"/> 巻き爪 | <input type="checkbox"/> いぼ |
| <input type="checkbox"/> 腫れ | <input type="checkbox"/> にきび | <input type="checkbox"/> やけど | <input type="checkbox"/> しみ |
| <input type="checkbox"/> アトピー | <input type="checkbox"/> できもの | <input type="checkbox"/> 円形脱毛 | <input type="checkbox"/> AGA |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

・上記の症状はいつごろからですか？ 約()日前から・週間前から・ヶ月前から・年前から

・症状がある部位はどこですか？ (下図に印を付けてください)



【症状を詳しくご記入ください】

●治療中の病名ならびに今までかかったことのある病気があればにチェックをしてください

- なし 病名：糖尿病 高血圧 胃・十二指腸潰瘍 ぜんそく 脳梗塞 心筋梗塞
癌 (がん) 膠原病 緑内障 その他 ()

●現在、内服中の薬、サプリメントがあればにチェックをしてください

- なし 薬の種類：糖尿病の薬 高血圧の薬 抗凝固剤 (血をサラサラにする薬) ステロイド
その他 ()

★お薬手帳や投薬袋など、わかる物をお持ちでしたら、一緒にお出しください

●薬の服用について、服用が困難な剤形があればにチェックをしてください

- 特になし 錠剤が飲めない 粉薬が飲めない

●薬・注射・食べ物で、湿疹 (じんましん)、かゆみ、はき気などの異常を感じたことがありますか？

- ない ある (薬の名前：)

●妊娠中あるいは授乳中であればにチェックをしてください 妊娠中 (カ月目) 授乳中

●人に聞かれない症状ですか？ はい いいえ

●美容皮膚科に興味がありますか？ (保険外診療を含む) あり なし