

皮膚科問診票

氏名	職業	記入年月日 年 月 日
住所 郵便番号 ()		電話番号 ① ②

1.本日の症状について

① いつからありますか

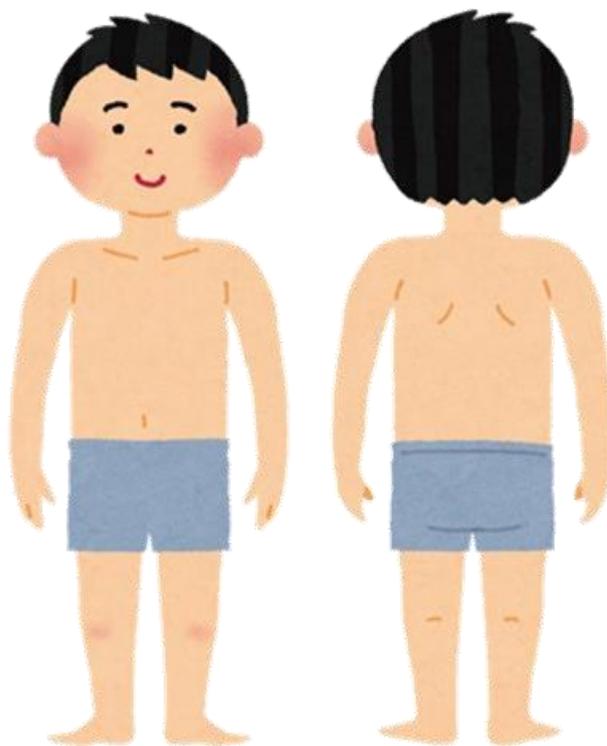
② どのような症状ですか

③ 右の図に症状のある所すべてに○をしてください

④ 今までに症状の治療をされましたか？

いいえ

はい→どのような治療ですか？
(塗り薬、飲み薬・その他)



2.現在治療中の病気あれば○をつけてください

ぜんそく
心臓病
がん

じんましん
高血圧
脳疾患

花粉症・鼻炎
糖尿病
心療内科

アトピー性皮膚炎
腎臓病

緑内障
肝臓病

3.現在内服されている薬はありますか？

なし

あり →お薬手帳のご提示をお願いします

4.今までに、飲み薬・注射・食べ物などで、異常が起こったことがありますか？

なし

あり →食品名・薬品名をご記入下さい
()

5.女性にお聞きします。○をつけてください

現在、妊娠していますか？ はい いいえ 可能性がある

現在、授乳していますか？ はい いいえ