

皮膚科問診票

記入年月日 年 月 日

フリガナ	男 女	職業
氏名		生年月日 年 月 日 ()歳
住所 〒 -		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

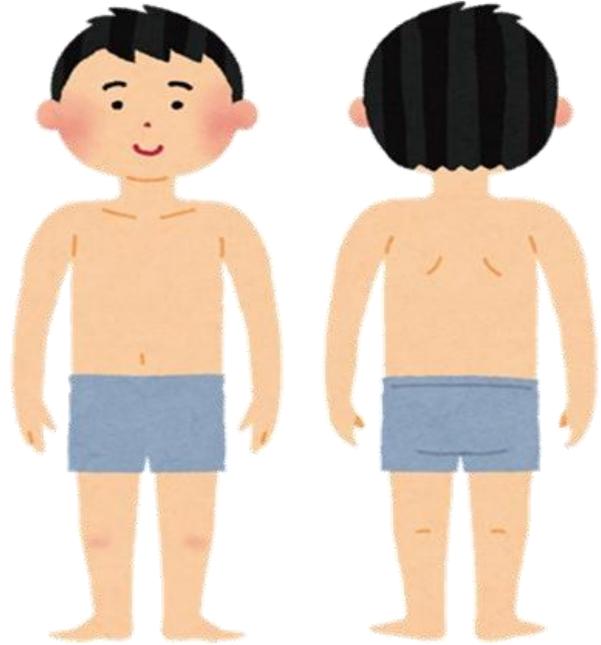
② どのような症状ですか

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	じんましん	花粉症・鼻炎	アトピー性皮膚炎	緑内障
心臓病	高血圧	糖尿病	腎臓病	肝臓病
がん	脳疾患	心療内科		

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