

ID: \_\_\_\_\_

# 皮膚科問診票

令和 年 月 日

ふりがな		男・女	大・昭・平・令		
お名前			年	月	日生 ( ) 歳
ご住所	〒	電話	( )		
			( )		

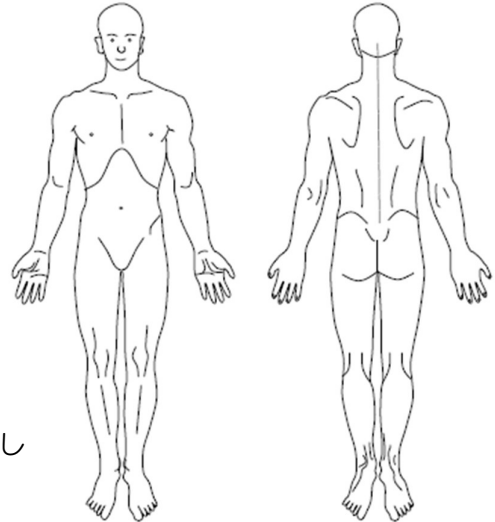
職業 ( ) 体重 ( ) kg 発熱 (あり・なし)

## 1 本日の症状についてお聞きします。

☆右の図の症状があるところに○をつけて下さい。

◎いつ頃からですか。( ) 頃)

- どのような症状ですか  
かゆい 痛い ぶつぶつ かさかさ  
水ぶくれ やけど 水虫 ニキビ  
いぼ タコ/魚の目 じんましん アトピー  
赤み その他 ( )  
水虫の相談 ⇨ 薬使用中ですか? (はい・いいえ)
- 思い当たる原因は何ですか? ○をつけて下さい。  
薬 食べ物 化粧品 虫に刺された 特に原因なし  
その他 ( )



## 2 この症状で、現在あるいは過去に治療を受けた事がありますか? (はい・いいえ)

「はい」の方・・・医療機関名 ( ) 病名 ( )  
どのような薬が処方されましたか? ( )

## 3 これまでにかかった病気、または現在治療中の病気に○をつけて下さい。

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎(花粉症) 喘息 高血圧 高脂血症 糖尿病  
胃潰瘍 心臓病 腎臓病 肝臓病 リウマチ 痛風 脳梗塞/脳卒中 前立腺肥大  
がん/腫瘍(部位 ) 甲状腺の病気 緑内障 心療内科疾患(うつ、不安精神症など)  
その他 ( ) 医療機関名 ( )

## 4 現在、家族の方で同じ症状や皮膚症状のある方はいますか? (はい・いいえ)

「はい」の方・・・誰が? ( ) (同症状・皮膚症状 ( ))

## 5 現在、何かお薬を使用していますか? (はい・いいえ)

「はい」の方・・・お薬手帳をご用意下さい。  
→お持ちで無い方(お薬の名前 )

## 6 今までお薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか? (はい・いいえ)

「はい」の方・・・お薬・食べ物の名前 ( )

## 7 いままで局所麻酔をしてショック症状を起こしたことがありますか? (はい・いいえ)

## 8 女性の方にお尋ねします。

妊娠中ですか? (はい[ ]週・いいえ) ・授乳中ですか? (はい・いいえ)  
「はい」と答えた方→出産予定日…令和 年 月 日

## 9 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか? (該当する項目全てに○をしてください)

近所に在住(通勤・通学路) ホームページ 広告 知人の紹介  
他の医療機関からの紹介 その他 ( )