

皮膚科問診票

フリガナ

氏名

殿（男・女） 職業

身長

cm

体重

kg

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。（ ）から

• どのような症状ですか

かゆい 痛い ぶつぶつ かさかさ

赤み 水ぶくれ やけど 水虫 ニキビ

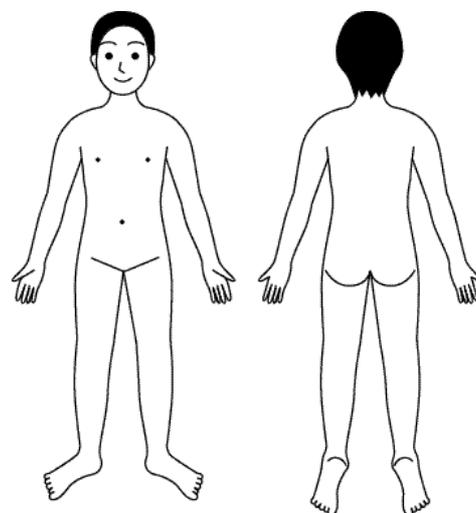
いぼ タコ/魚の目 じんましん アトピー

その他（ ）

• 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（ ）

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。

高血圧 糖尿病 喘息 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 甲状腺の病気 緑内障

心療内科疾患（うつ、不安神経症など） その他（ ）

医療機関名（ ）

4. 現在、何かお薬をのんでいますか？（ 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 ）

5. 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（ ）

6. 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 ）

8. 当院へは何を見て来院されましたか。○を付けて下さい。

知人の紹介 通りがかり ホームページ 月刊新松戸 月刊ハロー松戸

バス車内放送 その他（ ）

ご協力ありがとうございました。診察までしばらくお待ち下さい。