

皮膚科問診表

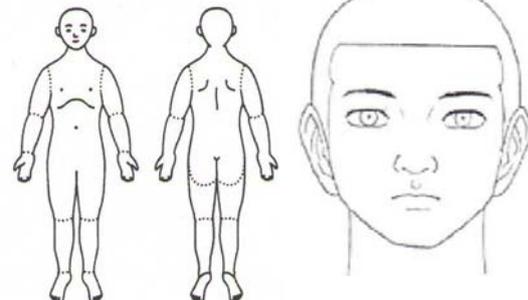
年 月 日

ふりがな 氏名	男	生年月日			
	女	T・S・H	年	月	日 (才)
〒 住所	TEL(自宅)				
	TEL(携帯)				

(1) 今日はどういうことで当診療所を受診されましたか。

- ・アレルギー・花粉症 ・アトピー ・かゆみ
- ・湿疹・発疹 ・やけど ・傷・ケガ
- ・イボ・水イボ ・虫刺され ・脱毛症
- ・ニキビ・肌荒れ ・タコ・魚の目 ・水虫
- ・ほくろ・シミ ・巻き爪 ・風邪・発熱(度)
- ・その他 ()

その箇所に丸印をしてください



*付随する症状に○をして下さい。 かゆみ・痛み・ピリピリ感・しびれ・腫れ・熱感・特になし

- (2) それはいつ頃からですか。 ()
- (3) 周囲の方で同じ様な症状の方がいますか。
いいえ ・ はい (続柄・)
- (4) 1か月位の間で風邪を引いたり、熱が出たりしましたか。
いいえ ・ はい (症状・)
- (5) 現在、皮膚の症状について、薬をぬったり飲んだりしていますか。
いいえ ・ はい ()
- (6) ご家族にアレルギーや大きな病気をお持ちの方がいますか。
いいえ ・ はい (父・ 母・ 兄弟・)
- (7) 今まで大きな病気にかかったり、手術をうけたことがありますか。
いいえ・はい 糖尿病・高血圧・心臓病・脳梗塞・甲状腺・痛風・高脂血症・血栓症・他 ()
- (8) 現在、薬を飲んでいますか。分かる範囲でお薬の内容を記載して下さい。お薬手帳をご提示ください。
いいえ ・ はい ()
- (9) 今まで注射や薬で副作用がでたことがありますか。
いいえ ・ はい (薬剤・ 症状・)
- (10) 今まで食事によってショックやじんましんなどがおきたことがありますか。
いいえ ・ はい (食品・ 症状・)
- (11) 女性のみ ①ピルの服用やホルモン治療をしていますか。 いいえ・はい ()
②現在、妊娠・授乳していますか。またその可能性がありますか。
いいえ ・ はい 妊娠 週 授乳中：お子様 (ヶ月・才)
- (12) 体重 kg / 喫煙 (/日) / 職業 ()
- (13) 最近、海外に行きましたか。
いいえ ・ はい (場所・ いつ頃・)
- (14) 趣味についてお聞かせ下さい。 例) 旅行・園芸・登山・カメラ・スポーツなど
()
- (15) ペットはいますか。 いいえ ・ はい ()

*月初めに保険証を確認させていただきます。保険証の内容に変更のあった際はその都度お申し出下さい。

*症状により順番が前後することがあります。ご理解・ご協力を宜しくお願い致します。