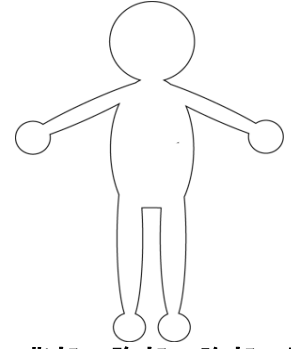
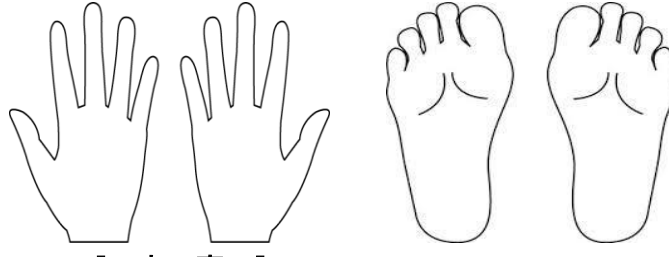
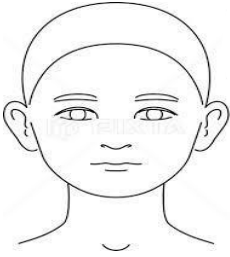


皮膚科問診票

ふりがな		生年月日	年齢	性別
名前		大正・昭和・平成 年 月 日		男・女
郵便番号	〒	電話番号		
住所			ご職業	

1. いつからどのような症状で来院されましたか？具体的にお書きください。

① 部位に○印をつけてください



[表・裏]

[背部・腹部・胸部]

② 症状は [かゆい 痛い 水虫 いぼ 湿疹 乾燥 できもの かぶれ やけど 抜け毛 ふけしみ 巻き爪 (その他)]

③ いつから (年前から・ か月前から・ 週間前から・ 日前から)

④ 上記の症状に関し他院で治療を受けたことはありますか？

いいえ はい → 薬品名 ()

2. 家族に中に同じ症状の方はいますか？

いない いる (親・子供・兄弟・配偶者・その他)

3. 現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい ()

4. 現在内服している薬はありますか？ (お薬手帳がありましたら、診察時にご提示ください)

5. 今まで下記の病気にかかったことがありますか？

アトピー性皮膚炎 アレルギー性皮膚炎 花粉症 喘息 高血圧 心臓病 痛風
 糖尿病 胃潰瘍 肝疾患 腎疾患 透析中 膠原病 前立腺肥大 緑内障 結核
 脳梗塞 脳出血 精神疾患 輸血 手術 その他 ()

6. 今までお薬や食べ物でアレルギー症状がでたことはありますか？

いいえ はい → 薬品・食物の名前 ()

7. 女性の方はお答えください。

妊娠中である 妊娠している可能性がある 妊娠していない 授乳中

8. お子様の方はお答え下さい。

体重 (kg) お薬の希望 (粒状・粉状・シロップ)