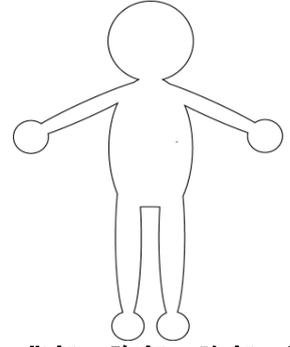
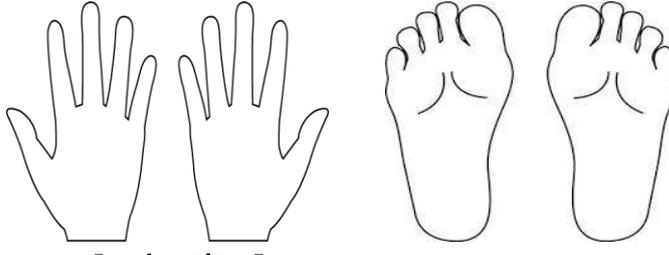
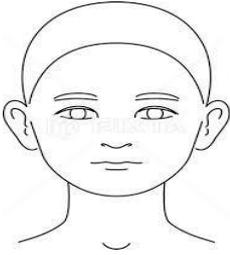


# 皮膚科問診票

ふりがな		生年月日	年齢	性別
名前		大正・昭和・平成・令和 年 月 日		男・女
郵便番号	〒	電話番号(携帯)		
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)

なし あり ( )

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 )