

# 皮膚科問診表

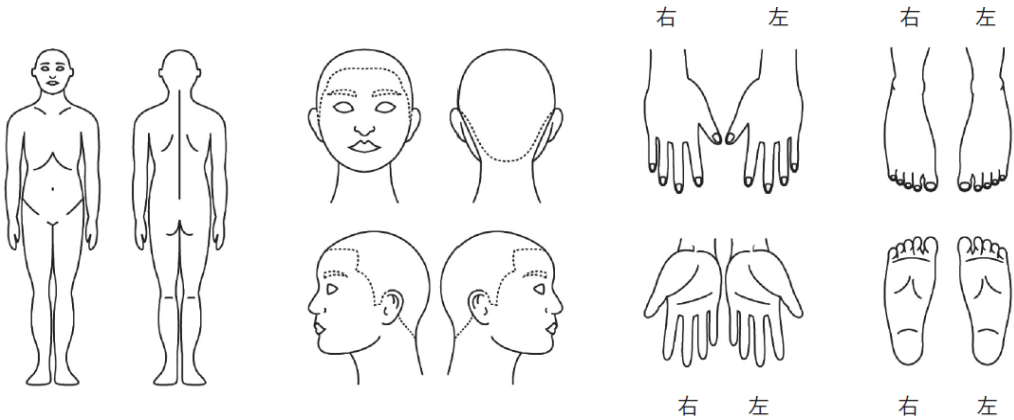
ふりがな		男・女	ご職業		出産歴
お名前			生年月日	大平・昭令 年 月 日 ( 歳)	有・無
住所	〒		電話番号		お子様 ( 名)

1. いつからですか？ 昨日 ・ 2日前 ・ 3日前 ・ 1週間 ・ それより前 ( )

2. どうなさいましたか？○をつけてください。

赤み かゆみ 痛み ぶつぶつ 水ぶくれ 化膿 かさつき  
 ふけ イボ 水イボ 水虫 爪水虫  
 ニキビ じんましん アトピー やけど  
 円形脱毛症 男性型円形脱毛症  
 その他 ( )

3. 症状がある部位に印をつけてください。



4. この症状についてこれまでに治療を受けたことがありますか？ いいえ ・ はい

はいの場合、病院名  
 治療内容・薬の名前など

5. 今回の症状の原因として思い当たることはありますか？

6. アレルギーはありますか？あてはまるものに○をつけてください。

無し ・ アトピー ・ 喘息 ・ 鼻炎 ・ 花粉症 ・ 金属 ・ 動物 ・ 食物 ・ その他 ( )

7. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

ありません  
 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 脳卒中 ・ 狭心症 / 心筋梗塞 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障  
 その他 ( )

治療されていますか？ している ・ していない

8. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントはありますか？

※お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください。

9. (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ いいえ ・ はい

10. 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 ( )