

初診問診票(皮膚科)

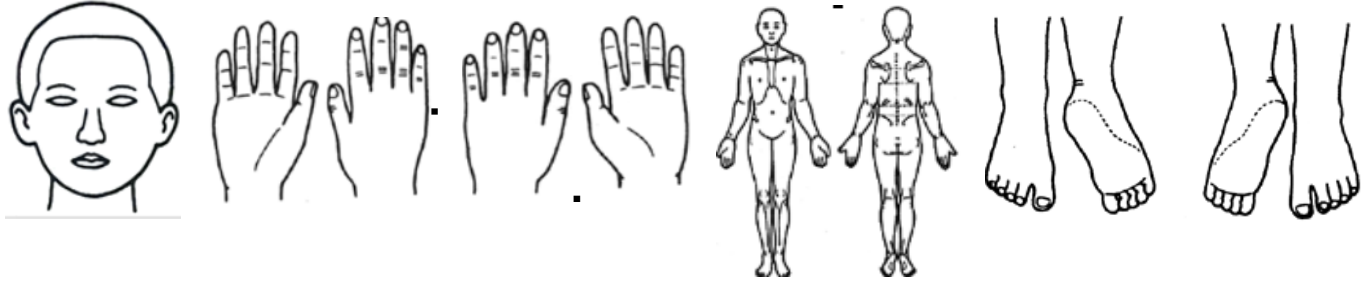
年 月 日

※連絡先などに変更箇所がありましたら二重線で訂正して、正しくご記入ください。

ふりがな	ID		
お名前	年齢	歳 男・女	身長 cm・体重 kg
連絡先 自宅	携帯		
紹介状 あり・なし	検査結果 あり・なし	画像CD-R あり・なし	健診結果 あり・なし
女性のみお答えください。妊娠している可能性はありますか？ はい(妊娠週数 週 日)・わからない・いいえ			

1. 本日はどうされましたか？ かゆい 痛い 水虫 いぼ できもの かぶれ やけど 枝毛 ふけ しみ

2. いつ頃からですか？ _____ 前から _____ 症状
 ・どこを (下の絵に詳しく記入してください)



3. 上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか？ ない ある 病院()

4. 家の中に同じ症状の人はいますか？
いない いる 親 子供 兄弟姉妹 配偶者 その他

5. 現在治療中の病気はありますか？
いいえ はい

病名() 病院() いつから() 薬()
 病名() 病院() いつから() 薬()
 病名() 病院() いつから() 薬()

6. お薬手帳はお持ちですか？
いいえ はい ※お薬手帳の提示をお願いします。

7. 今までにお薬や食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか？
いいえ はい 飲み薬 塗り薬 注射 点滴
 薬品名 _____
 それはどんな症状でしたか？ 倒れた 発疹 息苦しくなった その他

8. 今までに次の病気にかかった事がありますか あるもの全てにレ点をつけてください。
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 精神疾患 手術 内容 _____ その他

9. 金属アレルギー、光線過敏症はありますか？ いいえ はい

医師に質問したいこと、検査等の相談があればなんでも結構です。遠慮無くお書きください。

医師確認欄