

# 皮膚科 問診表

年 月 日

お名前		性別	生年月日
		男・女	大・昭・平・令 年 月 日( 歳)
住所	〒	電話番号	

() 小児科より指示あり来院

## 今日はどうされましたか？

- いつごろからですか？（できるかぎり具体的に）  
 ( ) 日くらい前から ・ ( ) ヶ月くらい前から  
 ( ) 年くらい前から ・ よくわからない ・ その他( )

- あてはまるものに○をお願いします。

かゆい 痛い 赤い 水ぶくれ ぶつぶつ 巻き爪 皮がめくれている かぶれ  
 しこり ホクロ イボ 脱毛 水虫 虫さされ ヘルペス やけど にきび シミ  
 その他 ( )

- からだのどの部分に症状がありますか？右、左など詳しくご記入ください。

( )

①過去にアレルギー性の以下の症状であると診断されたことはありますか？ アトピー性皮膚炎 ・ 鼻炎 ・ 結膜炎 ・ ぜんそく ・ その他( )
②上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか？ (*はい ・ いいえ) *「はい」の場合→これまでに使用した薬・医療機関を分かる範囲でご記入下さい
③お薬の副作用で調子がわるくなった事がありますか？ ない ・ ある 【抗生物質 ・ 風邪薬 ・ その他( )】
④現在、他に治療中の病気や持病、使用中のお薬はありますか？ ない ・ ある 【薬品名： 手帳：あり・なし】 【医療機関名：】 鼻炎 風邪 ぜんそく 狭心症 緑内障 糖尿病 高血圧 脳梗塞 前立腺肥大 心筋梗塞 その他( )
⑤女性の方にお聞きします※ 現在妊娠中 ・ 授乳中 ・ またはその可能性はありますか？ ( ない ・ ある )
⑥車・バイクの運転はしますか？ はい ・ いいえ
⑦当院をお知りになったきっかけを教えてくださいませんか？ 知人の紹介 ・ 近所 ・ ホームページ ・ その他( )

ご記入が終わりでしたら受付へお返しく下さい。ご記入、ありがとうございました。

\*お薬手帳をお持ちの方は一緒に提出してください。