

皮膚科問診票(はじめて受診される方へ)

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名 _____

性別 男・女

住所 〒(_____)

電話番号 (_____)

職業(_____)

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

年齢(_____)歳 13歳未満の方 体重(_____)kg

- どのような症状がありますか。
 - ・ しっしん ・ できもの ・ じんましん
 - ・ かゆみ ・ 虫刺され
 - ・ その他 _____

※ 症状がある箇所(下図)に印を付けてください。

- それはいつごろからできましたか。

- 現在、治療中の皮膚科以外の病気はありますか。
(例、糖尿病、高血圧、胃潰瘍など)

- 本日、お薬手帳はお持ちですか。
(はい ・ いいえ)

現在使用中の外用薬、内服薬を記入してください。

- 薬や注射に対する過敏症はありますか。
(ある ・ ない)

ある方は薬品名をご記入ください

- あなたを含めて家族の方に下記アレルギー疾患の方はいらっしゃいますか。

該当される方がいれば○印を入れてください。

- ・ アトピー性皮膚炎 (本人、父母、兄弟姉妹、子供、その他)
- ・ しっしん (本人、父母、兄弟姉妹、子供、その他)
- ・ じんましん (本人、父母、兄弟姉妹、子供、その他)
- ・ ぜんそく (本人、父母、兄弟姉妹、子供、その他)
- ・ アレルギー性鼻炎 (本人、父母、兄弟姉妹、子供、その他)
- ・ その他(_____)(本人、父母、兄弟姉妹、子供、その他)

- 女性の方へ 妊娠(している ・ していない) (_____ 月)

