

皮膚科 問診票

お名前 _____ () 歳 20 年 月 日

身長 () cm、体重 () kg、来院時の体温 () °C

1. どのようなことで来院されましたか (当てはまるものに○をつけてください)

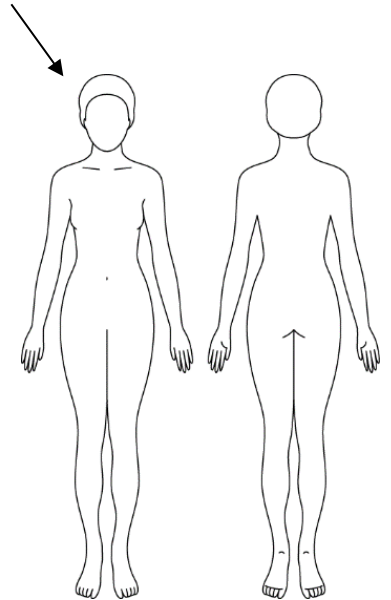
- いつ頃から

[]

- どの部位に (診察を希望される場所を○で囲んでください)

- どんな症状ですか

かゆい 痛い 赤い 水疱 ぶつぶつ じんましん 水虫
タコ・ウオノメ イボ キズ・ケガ やけど 日焼け
とこずれ できもの・しこり ほくろ
虫に刺された・動物に咬まれた ()
その他 ()



- 家族に同じような症状の方はいますか (いる・いない)
- お仕事に起こった事故・ケガですか (はい・いいえ)

2. 現在治療中の病気はありますか

(ない・ある) (病名:)
(病院名:)

3. 現在使用している薬はありますか (ない・ある) (薬名:)

4. アレルギーはありますか (ない・ある)

薬 ()、食べ物 ()、その他 ()

5. 妊娠について (妊娠している・していない・可能性がある) (最終月経: 20 年 月 日) (閉経: 歳)

6. タバコは吸いますか

吸わない・以前吸っていた () 歳・吸う (1日 本位)

7. 同居のご家族でタバコを吸っている方はいますか (いる・いない)

8. 特に医師に知らせたいことがありましたらご記入ください