

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

住所に変更のある方は、記入してください。

〒 _____

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

さっき・今朝・昨晚・昨日・() 日前・() 週間前・() ヶ月前・
() 年前

● 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 赤い ぶつぶつ じんましん 痛い

水虫 タコ・ウオノメ キズ・ケガ やけど

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)

● お仕事中に起こった事故・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. 妊娠の可能性はありますか (ある・ない)

(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

