

皮膚科問診表

カガナ M・T
お名前 (男・女) 生年月日 S・H 年 月 日

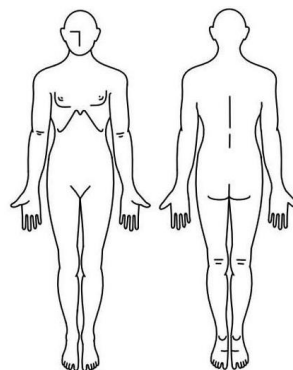
住所 〒

TEL①

TEL②

1. 右の図で、本日診察を希望される場所を○で囲んでください

* 2つ以上の症状がある方は空欄を使用いただき
いつからどのような症状があるのかを記入してください。



2. 症状が出たのはいつ頃ですか？

3. どのような症状・病気ですか？○をつけてください。

赤み ・ かゆみ ・ 痛み ・ ぶつぶつ ・ 水ぶくれ ・ 化膿 ・ かさつき ・ フケ ・ イボ
円形脱毛 ・ 水虫 ・ 爪水虫 ・ ニキビ ・ じんましん ・ アトピー ・ やけど ・ 水イボ
男性型脱毛症 ・ その他：

4. 今回の皮膚病の原因として思い当たることがありますか？

ある場合は、記入してください（薬 ・ 食べ物 ・ 化粧品 ・ 仕事 ・ どこかに出かけた等）

5. この症状について、今まで他の医療機関で治療を受けていれば記入してください。

また、お薬を飲まれている方はいつから飲まれていますか？

病院名：

治療内容（薬の名前など）：

6. アレルギーはありますか？当てはまるものに○をつけてください。

また、食物・薬の名前など、どんなものにアレルギーがあるのか記入してください。

アトピー ・ 喘息 ・ 鼻炎 ・ 花粉症 ・ 金属 ・ 動物

食物：

薬：

7. 現在、皮膚科以外で治療している病気や内服している薬はありますか？

また、お薬を飲まれている方はいつから飲まれていますか？

病 気：

内服薬：

8. 嗜好品について

アルコール： 飲まない ・ つきあい程度 ・ 毎日飲む（ を /日）

たばこ： すわない ・ 以前すっていた（ 歳まで） ・ すう（ 本/日 年間）

女性の方のみ○をつけてください。

現在、妊娠中ですか？ はい（ ヶ月） ・ 可能性あり ・ いいえ

現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

皮膚科では、診療の為カメラで患部を記録させて頂いております。ご理解・ご協力をお願い致します。

