

# 皮膚科問診票

受診日 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
ご氏名			
生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳 )	体重 (お子さんの場合)	kg
住所・電話番号 (初診のみ)	〒 - 自宅: 携帯番号:		

① いつ頃からお困りですか？

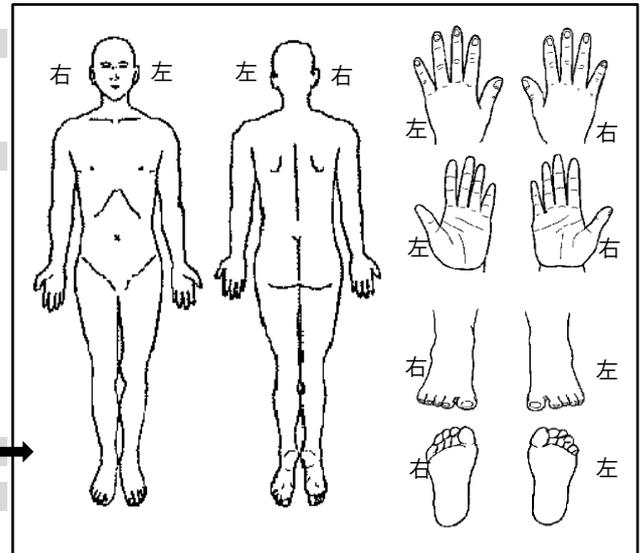
[ ]

② あてはまる症状に○印を付けて下さい。

発熱 かゆい 痛い 腫れている 赤くなっている  
 湿疹 発疹 水ぶくれ 帯状疱疹 カサカサする  
 できもの とびひ 蕁麻疹 虫刺され ニキビ イボ  
 シミ 水虫 巻き爪 脱毛 花粉症 やけど 怪我

[ その他 ]

③ 右図の、症状のある部分に○を付けてください。



④ 業務上、または通勤による負傷・病気ですか？

はい いいえ

⑤ 現在、この症状で治療を受けていますか？

はい いいえ

「はい」の方⇒ 病院名 [ ]  
 治療方法 [ ]

※その治療方法で、どのような変化がありましたか？  
良くなった 変わらない 悪くなった その他 [ ]

⑥ 現在、皮膚科以外の科にかかっていますか？

はい いいえ

「はい」の方⇒ 医療機関名 [ ]  
 病名 [ ]

⑦ 現在、常用している内服薬・外用薬はありますか？

はい いいえ

「はい」の方⇒ 薬名 [ ]

⑧ 今までに、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

はい いいえ 不明

「はい」の方⇒ 薬・食べ物名 [ ]

⑨ 今までにかかった病気に○印を付けてください。

アトピー性皮膚炎 帯状疱疹 花粉症 アレルギー性鼻炎 喘息 糖尿病 高血圧

心臓病 肝臓病 腎臓病 前立腺肥大 緑内障 その他( )

⑩ 今までに肝機能障害、腎機能障害と指摘されたことはありますか？

いいえ 肝機能障害 腎機能障害

⑪ 女性の方のみお答えください

・現在、妊娠中ですか？ はい (現在 月) いいえ  
 ・妊娠の可能性がありますか？ はい いいえ  
 ・現在、授乳中ですか？ はい いいえ