

# 皮膚科 問診票

氏名	年齢	職業
	歳	
身長	体重	
cm	kg	

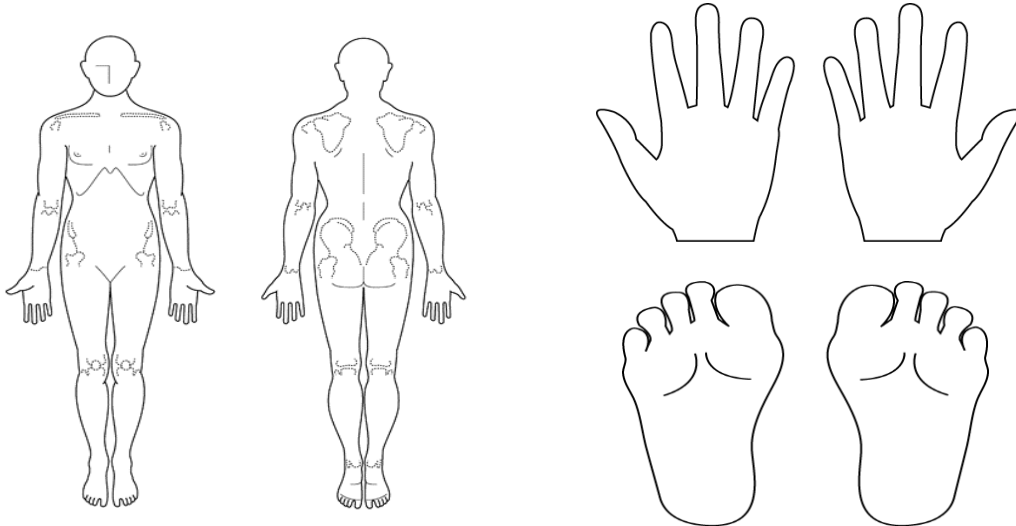
該当するところにチェックや○をつけてください

1) 本日はどのような症状で来院されましたか？

湿疹 乾燥肌 ニキビ 水虫 蕁麻疹 イボ アトピー性皮膚炎 タコ ウオノメ 円形脱毛症
--

その他症状あればご記入ください

2) 症状のある部分に○をつけてください



4) 症状はいつ頃からですか？

今日                      日前                      ヶ月前                      年前
---

3) 現在、他院にて診察を受けたり、治療中の病気はありますか？

1.いいえ

2.はい [ ①心疾患   ②肺炎・喘息   ③高血圧   ④糖尿病   ⑤脳梗塞  
 ⑥その他 \_\_\_\_\_ ]

9) 現在、服用されているお薬はありますか？

1.いいえ

2.はい [ 薬 : \_\_\_\_\_ ]

10) お薬や食べ物で蕁麻疹などのアレルギーが出たことはありますか？

1.いいえ

2.はい [ 薬 : \_\_\_\_\_                      食べ物 : \_\_\_\_\_ ]

11) 女性の方へ。現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？

1.いいえ

2.はい [                      ヶ月 ]

3.わからない