

# 問診票(皮膚科)

フリガナ \_\_\_\_\_ 性別 男・女 小児のみ体重  
 お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 才 \_\_\_\_\_ kg

生年月日 明 大 昭 平 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 (〒 - ) \_\_\_\_\_

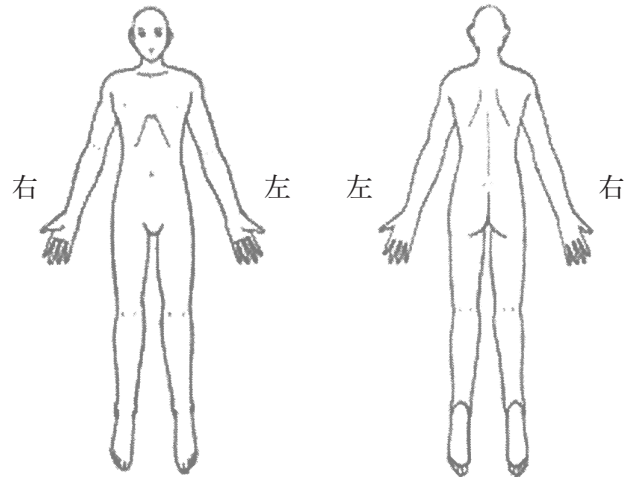
電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

本日はどのような症状で来院されましたか？

あてはまる症状に○をつけてください

あてはまる部分に○をつけてください

かゆみ 痛み 腫れ 赤み カサカサ  
 できもの ブツブツ 水ぶくれ 虫刺され 水虫  
 ニキビ いぼ ヘルペス 帯状疱疹 蕁麻疹  
 とびひ 巻き爪 やけど シミ 花粉症  
 その他 ( )



病状は何日前頃からありましたか？  
 ( )

今までにかかった病気、現在治療中の  
 病気はありますか？

はい いいえ  
 はいの方は病名  
 ( )

今まで入院歴・手術歴があればお書きください。  
 ( )

現在服用しているお薬、塗り薬はありますか？(お薬手帳をお持ちの方はご提示ください)

はい いいえ はいの方は薬名 ( )

薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ある なし

(食物 薬 その他 )

(女性の方のみ) 現在妊娠している可能性はありますか？ はい いいえ

差支えなければご来院されたきっかけを教えてください

- ① ご家族のご紹介                      ② ご友人、知人のご紹介    ③ ホームページ    ④ インターネット
- ⑤ 病院、診療所からのご紹介    ⑥ タウンページ                      ⑦ 看板                      ⑧ クリニックの前を通りかかった
- ⑨ その他 ( )

診察に対するご希望があればご記入ください