

皮膚科 問診票

(フリガナ)		男 ・ 女	自宅電話	
お名前			携帯電話	
			e-mail	
生年月日	年 月 日 (歳)			
ご住所	(〒 -)		身長	
			体重	
			体温	

◆ 本日はどうされましたか？

- | | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 湿疹 | <input type="checkbox"/> 乾燥 | <input type="checkbox"/> かぶれ | <input type="checkbox"/> 虫刺され | <input type="checkbox"/> じんましん | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> 腫れ | <input type="checkbox"/> うおのめ | <input type="checkbox"/> いぼ | <input type="checkbox"/> とげ | <input type="checkbox"/> 膿み | <input type="checkbox"/> やけど |
| <input type="checkbox"/> にきび | <input type="checkbox"/> ヘルペス | <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 | <input type="checkbox"/> ほくろ | <input type="checkbox"/> しみ | <input type="checkbox"/> あざ |
| <input type="checkbox"/> 巻き爪 | <input type="checkbox"/> 爪の異常 | <input type="checkbox"/> 水虫 | <input type="checkbox"/> かゆい | <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> 赤い |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |

◆ 症状はいつからですか？ _____

◆ 体のどの部位ですか？ _____

◆ 症状の原因と思われるものは何ですか？

- | | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 薬 | <input type="checkbox"/> 食べ物 | <input type="checkbox"/> 化粧品 | <input type="checkbox"/> 仕事 | <input type="checkbox"/> どこかに出かけた |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |

◆ 現在、服用中の飲み薬はありますか？ (ある ・ ない)

ある方は、ご記入ください。_____

◆ 現在、お使いになっている塗り薬はありますか？ (ある ・ ない)

ある方は、ご記入ください。_____

◆ 現在、治療中の病気はありますか？ (ある ・ ない)

病名 _____ 医療機関 _____

◆ 今までにかかったことのある病気はありますか？ (ある ・ ない)

- | | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 | <input type="checkbox"/> アレルギー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |

◆ 食べ物・飲み薬・注射によるアレルギーはありますか？ (ある ・ ない)

ある方は、ご記入ください。_____

◆ 当院のことは、何で知りましたか？

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> インターネット | <input type="checkbox"/> 看板 | <input type="checkbox"/> 知人の紹介 | <input type="checkbox"/> 他院の紹介 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | |