



皮膚科 問診票

記入日	令和 年 月 日	携帯電話番号	— —
ご住所	〒		
フリガナ		性別	男・女
		年齢	歳
お名前		生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日

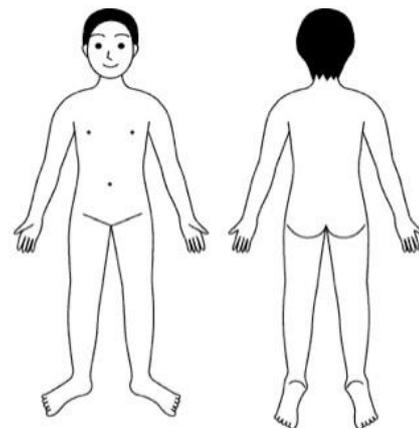
1. いつからどんな症状がありますか？

a) いつから : (年、 カ月、 週、 日) 前から 下の図に○をつけて下さい。

b) 症 状 : かゆい・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・できもの・にきび
その他 ()

c) 上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか (はい・いいえ)

※「はい」の場合: 受けたことのある方は、これまでに使用した薬を分かる範囲内でご記入下さい



2. 現在、他に治療中の病気はありますか

(使用したことのある薬:)

3. 今までに、どんな病気にかかったり、治療をうけたりしたことがありますか

(はい・いいえ) 病名 ()

1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎 (花粉症) 3. 喘息 4. 糖尿病 5. 心臓病 6.

高血圧 7. 胃潰瘍 8. 肝疾患 9. 腎疾患 10. 膠原病 11. 前立腺肥大 12. 緑内障 13. 輸血 14. 手術 ()

15. その他 ()

4. 家族の方にアレルギー疾患はありますか

1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎 (花粉症) 3. 喘息 4. その他 ()

5. 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか

(ある・ない) 薬、食べ物の名前 ()

6. 治療のご希望をお聞かせ下さい

1. 健康保険の範囲内で治療 2. 健康保険外の治療も希望

7. 〈女性の方に〉現在、妊娠中ですか、またその可能性はありますか

1. 現在妊娠している (カ月) 2. 可能性あり 3. 可能性なし

8. お薬のご希望はありますか?

シロップ・粉・錠剤・カプセル

ご記入ありがとうございました。診察までお待ちください。