

皮膚科 問診票

記入日 月 日

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 ヶ月

※ 女性の方のみ (妊娠の可能性あり・なし 妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月・授乳中)

※ 15歳以下の方のみ 体重 \_\_\_\_\_ kg

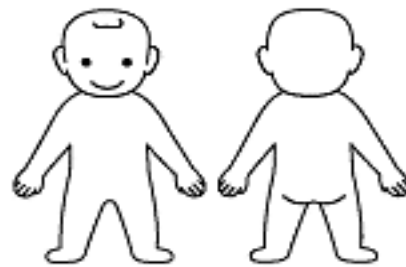
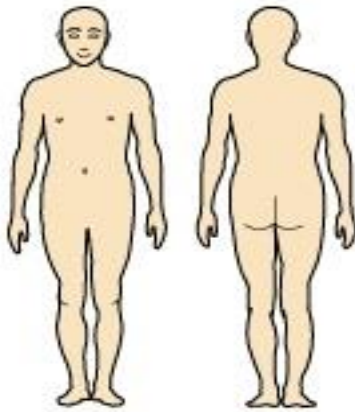
〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_

今日はどのようなことで受診されましたか？(複数可) その部位にしるしを入れてください。



- かゆみがある
- いたみがある
- 発熱を伴っている
- 赤みが出ている
- ぶつぶつができています

- じゅくじゅくしている
- 皮がむけている
- 水ぶくれができています
- いぼがある
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ )

他院で、今回の症状について診察を受けたことはありますか？ あり・なし

どのように説明されていますか？ ( \_\_\_\_\_ )

現在、飲まれている、塗っている薬はありますか？ あり・なし ある方は、お薬手帳を見せてください。

【 薬剤名 \_\_\_\_\_ 】

これまで、入院をしたことや手術を受けたことはありますか？ あり・なし

これまで、薬で具合が悪くなったことはありますか？ あり・なし

どの薬で、またどのような症状でしたか？ ( \_\_\_\_\_ )

★当院をどうやってお知りになりましたか？

- インターネット・HP
- 知人・ご親戚からの紹介
- 職場・お近くにお住まいの方から
- 看板
- 他院紹介
- 折込チラシ

その他、ご相談されたいことがあれば、ご自由にお書きください。

( \_\_\_\_\_ )