

皮膚科・形成外科 問診票

年 月 日

(ふりがな)

性別：男・女

身長() cm

職業()

お名前

年齢() 歳

体重() kg

・診て欲しいところはどこですか

絵にしるしをつけてください

※ 以下の該当する項目に☑を入れて下さい

・紹介状はお持ちですか

はい

いいえ

・症状を☑してください

かゆみ

発疹 (ブツブツ)

痛みがある

ハチに刺された

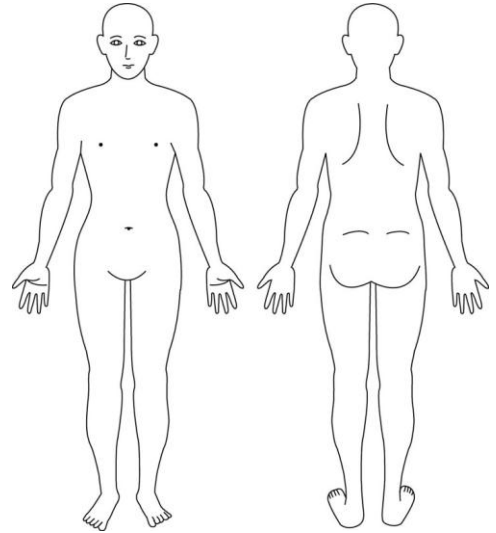
腫れている

熱がある () °C

何かできている 息苦しい

最近、はしか・水ぼうそう・風疹・疥癬の人と接触した

その他 ()



・その症状はいつからですか

月 日 頃から

・考えられる原因はありますか

ない

ある ()

・上記の症状でどこかで診察 (治療) を受けましたか

いいえ

はい → 病院名 () *受診日 (月 日) *病名 ()

・上記の症状で使用している薬はありますか

ない

ある (薬名)

・今までに受けた手術はありますか

ない

ある ()

・今までにかかったことのある病気、治療中の病気はありますか

ない

ある → 糖尿病 ぜんそく 心臓病 高血圧 肝臓病 腎臓病 アトピー性皮膚炎

その他 ()

・薬・注射・食べ物でアレルギーはありますか

ない

ある → 薬・注射・食べ物のなまえ () *症状 ()

*女性の方のみご記入ください

・現在、妊娠中ですか

はい

いいえ

・現在授乳中ですか

はい

いいえ