



皮膚科問診票

年 月 日

ID _____

氏名 _____

様 年齢 _____ 歳

~~体温 _____ 度~~

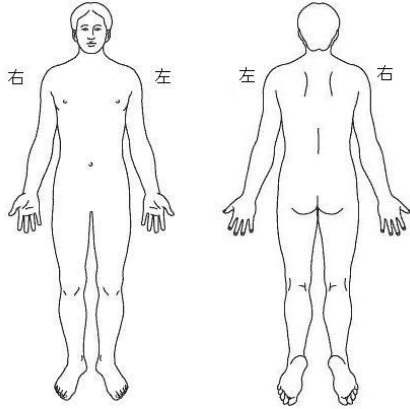
~~身長 _____ cm~~

体重 _____ kg

◆ 本日はどのような症状での受診ですか

いつから ()

どこが、どのようですか



○上記のことで他の病院へ行きましたか

行かない 行った (いつ _____ どこに _____ 内容 _____)

◆ 現在、通院中の医療機関はありますか ない ある ()

現在 のんでいる薬がありますか ない ある

(※薬の説明書があれば見せてください)

◆ サプリメントなどの健康食品をのんでいますか ない ある ()

◆ 今までに大きな病気をしたことがありますか (手術を含めて)

ない ある (病名 _____ 何歳 _____ 治療内容 _____)

◆ アレルギーがありますか

薬物 ない ある (薬剤名 _____)

食物 ない ある (食物 _____)

◆ アレルギーの病気はありますか

ない ある (病名 _____
例 鼻炎、花粉症、喘息、アトピー、蕁麻疹等

◆ お薬のお渡し方法のご希望はどちらですか 院内処方 院外処方

★女性のみ	月経はありますか	ない	ある	(最終月経はいつですか _____)
	閉経はいつですか	(_____ 歳)		
	妊娠の可能性	なし	あり	(現在 _____ ヶ月)
	授乳中ですか	はい	いいえ	