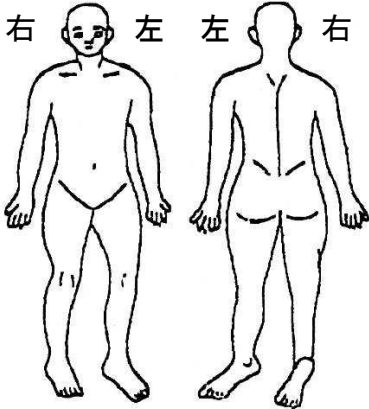


皮膚科 問診票

(ふりがな) _____
氏名 _____ 様 (男・女) 生年月日(大・昭・平) _____ 年 月 日(才)
〒 _____ 住所 _____
電話番号 _____ - _____ 携帯番号 _____ - _____
施設入所中の方は 施設名 _____ 電話番号 _____

どこにどのような症状がありますか。下の図の場所と症状に○をしてください。



- ・かゆみ
- ・赤み
- ・皮がむける
- ・痛み
- ・水疱
- ・汁が出る
- ・腫れている
- ・できもの
- ・傷ができた
- その他 ()
- ・ピアス希望
- ・脱毛症の治療希望

いつ頃からその症状がありますか

_____ (日・週間・ヶ月・年)前から わからない

発症のきっかけに心当たりはありますか？ (ある・ない)

ある方はその内容を記載してください。

この症状で治療を受けたことがありますか？ (ある・ない)

病名

病院名

薬の名前

現在治療を受けている病気がありますか？ (ある・ない)

高血圧・糖尿病・肝臓病・胃腸疾患・緑内障・その他

どちらの病院・診療所で治療を受けていますか。

内服している薬の内容がわかれば記載してください。

アレルギー(くすり、注射、食べ物で具合がわるくなったこと)はありますか？ (ある・ない)

ある場合はどのような原因でどのような症状が出たかを記載してください。

・妊娠されていますか？ (はい いいえ) 授乳されていますか？ (はい いいえ)

・16歳未満の方におたずねします。 体重は約 _____ Kg。

気になること、治療に対するご要望がありましたらお書きください。