

皮膚科 問診票

氏名 _____ 性別 男・女 年齢 歳
ご職業 _____ 身長 cm 体重 kg



以下の質問であてはまる項目に□をいれて下さい。

1. 本日はどうされましたか？

- ぶつぶつ あかい はれている みずぶくれ
 かさかさ かゆい 痛い その他()

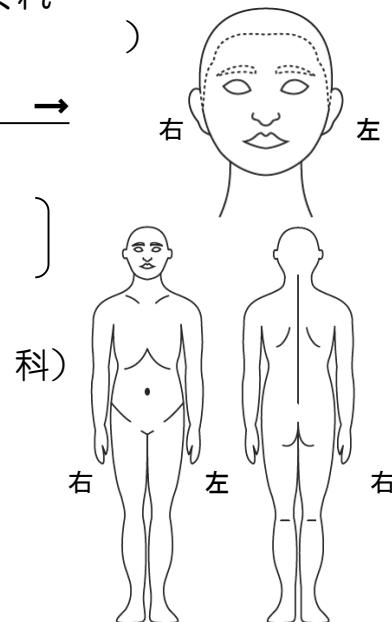
2. いつからの症状ですか？ 部位を右の図に記して下さい →

(年 月 日頃から)

原因と思われること：

3. 今までの治療は？

- ①受けていない
②受けたことがある→(病院・医院)と診断されて
で、(年 月 日)まで治療を受けた
現在も治療中である・ ない
③市販薬()を使用した



4. 今、飲まれている薬はありますか？ 有 / 無

★お薬手帳を持参されている場合は診察室にお渡し下さい

5. 既往歴はありますか？ 分かれば(カッコ)の中に発症年齢を記載ください

- 糖尿病(歳) 高血圧(歳) 腎臓病(歳) 肝臓病(歳)
 癌(歳) 喘息(歳) 脳梗塞(歳) 脳出血(歳)
 結核(歳) 狹心症(歳) 心筋梗塞(歳) 高脂血症(歳)
 胃腸の病気(歳) その他() なし

6. その他質問にお答えください

- ・手術歴 有(内容) / 無 ・輸血歴 有 / 無
・タバコは吸われますか 吸わない / 吸う 1日 / 本
・お酒は飲されますか 飲まない / 飲む 1日 / 本
・アレルギー歴はありますか 有(内容：) / 無

<女性の方お答えください>

最終月経はいつからですか 月 日 より 日間
妊娠の可能性 有 / 無

【医療情報の利活用について】

当院はオンライン資格確認を行える体制を整備しており、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用し診療を行っております。

ご協力ありがとうございました。お呼びするまで血圧を測ってお待ちください。

※お待ちの間、ご気分の悪い方はスタッフまでお申し出下さい。

