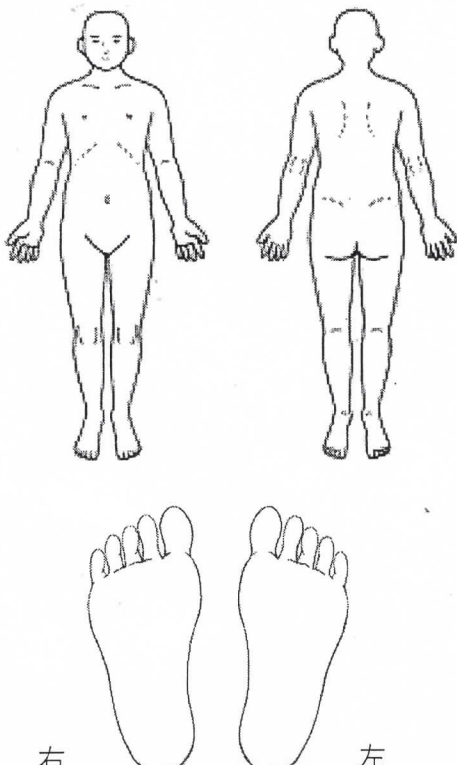


皮膚科問診票

(令和 年 月 日)

ふりがな 名 前	(男・女)	生年月日 (大・昭・平・令) 年 月 日 (歳)
住所 〒	電話番号 携帯 (- -) 自宅 (- -)	
身長 (cm)	体重 (kg)	
★薬手帳は持っていますか？ ☐ 持参している ☐ 持参していない		
★現在は ☐ 一人暮らし ☐ 家族と同居している		
★どのような症状で受診しますか？ 下の身体の図の中で症状がある部位すべてを○で囲ってください  ★いつ頃からその症状がありますか？ () ★症状にすべてチェックを入れてください ☐ かゆみ ☐ 痛み ☐ 発疹 ☐ やけど ☐ 熱をもっている ☐ 脱毛 ☐ にきび ☐ 出血 ☐ うおのめ ☐ タコ ☐ いぼ ☐ 水ぶくれ ☐ その他 () ★現在、病氣中で他の医院にかかっていますか？ ☐ はい (病院名) (病名) ☐ いいえ		
★今までにどんな病氣にかかったことがありますか？ ☐ 心臓 ☐ 血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 肝臓 ☐ 腎臓 ☐ 脳 ☐ 肺 ☐ 乳腺 ☐ 整形 ☐ 喘息 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ その他 ()		
★いつ頃・病名・治療・手術など記入してください。 ()		
★薬や注射、食べ物でアレルギーがありますか？ ☐ なし ☐ あり ()		
★女性の方への質問です ☐ 現在妊娠している ☐ 妊娠の可能性がある ☐ 授乳中 ☐ 妊娠していない		