

皮膚科 問診票

氏名 (歳) (男 ・ 女)

1. 具合が悪い部分に○をつけて下さい。→

2. その部分は
かゆい・痛い・発疹・その他()

3. それはいつからですか？
() 日前

4. 発熱はありますか？
はい→(°C 日前から)
いいえ

5. 原因として思い当たることはありますか？
(例：薬、食べ物、化粧品など…)
()

6. その事で何か治療をしていましたか？
はい →具体的に何をしましたか？
()
いいえ

7. 現在、治療している病気はありますか？
はい →病名()
いいえ

8. 常用している薬はありますか？
はい →薬の名前()
いいえ

9. アレルギーと言われたことはありますか？
はい → 蕁麻疹 ・ 花粉症 ・ アトピー ・ 喘息 ・ その他 ()
いいえ

10. 女性の方のみお答えください。

現在妊娠していますか？

はい ・ いいえ

現在授乳していますか？

はい ・ いいえ

