皮膚科　問診票

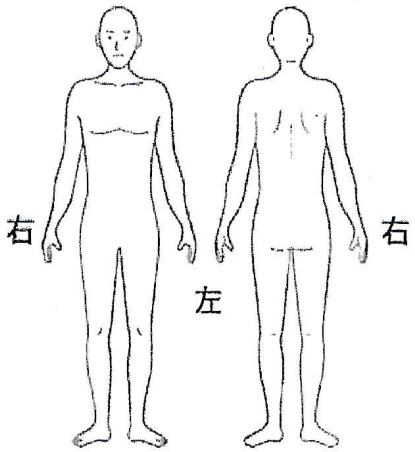
			年　　月　　日
受診者　氏名		男・女	（Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ）
連絡先（携帯番号）			生年月日　　年　　月　　日　　歳
女性の方へ	妊娠の可能性がありますか（ある　・　ない）	中学生以下のお子様	体重：　　Kg

1.　本日はどのようなご相談で来院されましたか？

該当する症状にチェックをしてください

□かゆみ　□痛み　□ぶつぶつ　□かさかさ　□できもの
□赤み　□じんましん　□アトピー　□にきび　□水虫
□タコ・魚の目　□いぼ　□ほくろ・あざ・しみ
□やけど　□脱毛　□巻き爪　□その他（　　）

症状のある箇所に○をつけて下さい



2.　現在の症状で他の病院を受診しましたか？　（　はい　・　いいえ　）

「はい」の方　・・・・・（病院名：　　）

（処方された薬：　　）

3.　症状はいつごろからありますか？　（　　）

4.　今までかかったことのある病気、または治療中の病気にチェックをして下さい

□アトピー性皮膚炎　□アレルギー性鼻炎　□喘息　□糖尿病　□高血圧　□胃潰瘍　□心臓病
□肝臓病　□腎臓病　□膠原病　□前立腺肥大　□緑内障　□がん・腫瘍　□リウマチ　□脳梗塞
□診療内科疾患（うつ・不安神経症など）□手術（　　）　□その他（　　）

5.　現在何かお薬を飲んでいますか？　（　はい　・　いいえ　）

「はい」の方　・・・・・ お薬手帳をご用意下さい

お持ちでない方（お薬のお名前：　　）

6.　今までにお薬や食べ物でｱﾚﾙｷﾞｰを起こしたことがありますか？　（　はい　・　いいえ　）

「はい」の方　・・・・・　具体的に教えて下さい（　　）

湘南東部クリニック