

ID:

皮膚科問診表

(この用紙にご記入のうえ 係りの者にお渡しください。お答えにくい場合は空白のままで結構です。)

ふりがな				男・女	
お名前					
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	才(ヶ月)
ご住所	〒 -				
お電話番号	-	-	携帯番号	-	-

①本日はどうされましたか。

・どんな症状ですか。(部位は右図にご記入下さい)

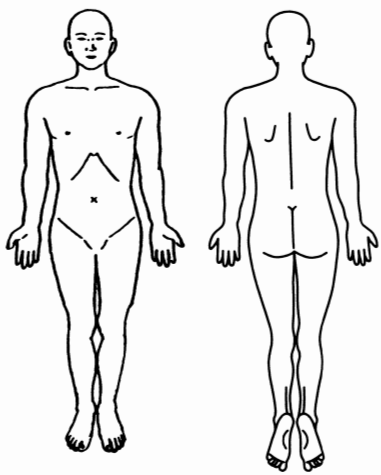
・いつからですか。

・痛みは [ある ・ ない]

・かゆみは [ある ・ ない]

・以前にその症状の治療をされていきましたか。 [はい ・ いいえ]
(「はい」 の方 → 本日紹介状をお持ちですか。 はい ・ いいえ)

・ご家族の中であなたと同じような症状の方はおられますか。 [はい ・ いいえ]



②今まで、もしくは現在かかっておられる病気はありますか。 [ある ・ ない]
(「ある」 の方は、以下の項目に○またはご記入下さい)

高血圧	肝臓病	心臓病	糖尿病	腎臓病	結核	喘息	鼻炎
花粉症	アトピー性皮膚炎	その他 ()					
・いつも飲んでいる薬はありますか。()							

③今までに薬や食べ物でアレルギー反応が起こったことはありますか。 [ある ・ ない]

薬 :	食べ物 :	検査・他 :
(症状)	(症状)	(症状)

④ご家族の方で以下の症状の方はおられますか。 [はい ・ いいえ]
(「はい」 の方は、以下の症状に該当するご家族をご記入下さい)

鼻炎 ()	喘息 ()	アトピー性皮膚炎 ()
--------	--------	--------------

⑤医師に伝えておきたいこと、今後治療にあたってのご希望があればお聞かせ下さい。

<input type="checkbox"/> 痛いという心配、不安がある。	<input type="checkbox"/> 原因を知りたい。
<input type="checkbox"/> アレルギーの検査をしてほしい。	<input type="checkbox"/> 今の症状が治ればよい。
<input type="checkbox"/> 根治を希望する。	<input type="checkbox"/> 経済的な面で不安がある。
<input type="checkbox"/> 現在授乳中。	<input type="checkbox"/> 現在妊娠している。(ヶ月) <input type="checkbox"/> 妊娠しているかもしれない。
<input type="checkbox"/> その他 ()	