

皮膚科問診票

記入年月日 年 月 日

患者名	ふりがな	年齢	歳	職業	
	様	身長	cm	体重	kg

1. いつ頃からどのような症状がありますか。

いつ：

症状：赤い・かゆい・痛い・腫れ・かさかさ
汁が出る・膿んでいる・しこり・発熱
その他（ ）

2. 今回の症状で他院の受診歴がありますか。

【ある・ない】

あると答えた方は処方内容をお書きください。

服用した期間：	/	~	/
薬品名：			

3. 現在までに次の病気にかかったことがありますか。

ぜんそく・アレルギー疾患・心臓病
高血圧・肝臓病・腎臓病・胃潰瘍
糖尿病・肺結核・脳卒中

その他【病名：】

【手術名：】

4. 現在治療中の病気、または服用中の薬はありますか。

【ある・ない】

あると答えた方 【病名：】

【薬品名：】

5. 今までに薬や注射、食品で発疹やショックになったことがありますか。

【ある・ない】

あると答えた方 【 歳頃】 【薬品・食品名：】

6. 女性の方のみ教えてください。

◆最終月経はいつですか 【 年 月 日~ 日間】

◆現在妊娠の可能性はありますか 【ある・ない】

◆現在授乳中ですか 【はい・いいえ】

7. 過去 1 ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？

【ある・ない】

あると答えた方 【渡航先：】

【渡航期間：】

◆下記の図の部位に印をつけて下さい。

