

皮膚科問診票

年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	大 昭 平 令	体温
お名前	[旧姓:]			年 月 日 (歳)	°C
住所	〒	電話		体重	
				小学生以下の方のみ	
				kg	

1. いつからですか？

昨日 ・ 2日前 ・ 3日前 ・ 1週間前 ・ それより前 ()

2. どうなさいましたか？○をつけてください。

赤み かゆみ 痛み ぶつぶつ 水ぶくれ 化膿 かさつき

フケ イボ 水イボ 水虫 爪水虫

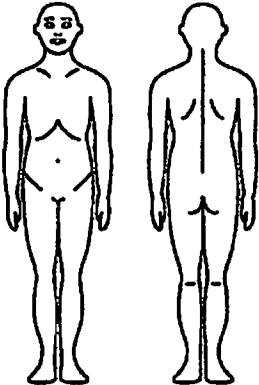
ニキビ じんましん アトピー やけど

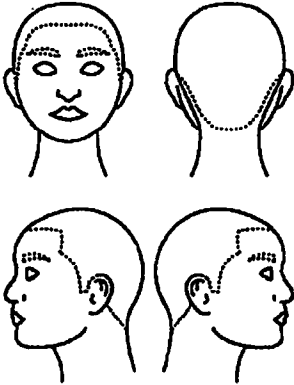
円形脱毛 男性型円形脱毛症

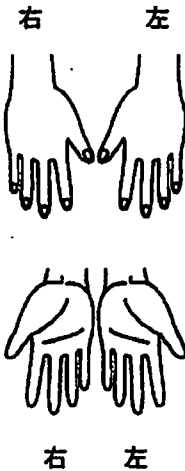
その他 ()

3. その症状についてこれまでに治療を受けたことがありますか？ いいえ ・ はい

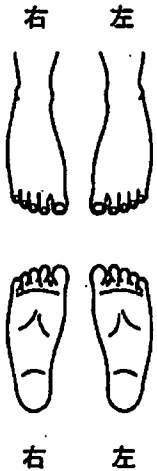
4. 症状がある部位に印をつけてください。







右 左 右 左



右 左 右 左

5. 今回の症状の原因として思い当たる事がありますか？ ある場合は記入してください。
(例：薬・食べ物・化粧品・仕事・どこかに出かけた など)

6. この症状について今まで他の医療機関で治療を受けていれば記入してください。

病院名	
治療内容・薬の名前など	

7. アレルギーはありますか？あてはまるものに○をつけてください。 また、食物・薬の名前など、どんなものにアレルギーがあるのか記入してください。	
無し	アトピー 喘息 鼻炎 花粉症 金属 動物 食物
薬の名前	
その他	
8. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？	
ありません 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 狭心症/心筋梗塞 ・ 脳卒中 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障 その他 ()	
治療されていますか？	している ・ していない
9. 現在飲まれているお薬や市販薬、サプリメントなどはありますか？	
お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方はお見せください。	
10. 飲酒はされますか？	
全く飲まない 1日に () 程度 ・ 1週間に () 程度 ・ 定期的に飲まない	
11. タバコを吸いますか？	
吸わない 昔は吸っていた (年 × 本/日) 今も吸っている (年 × 本/日)	
12. (女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？	
いいえ ・ はい	
13. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？(該当する項目全てに○をしてください)	
近所に在住 (通勤 ・ 通学路)	ホームページ 広告 知人の紹介
他の医療機関からの紹介	その他 ()