

皮膚科問診票 (初診)

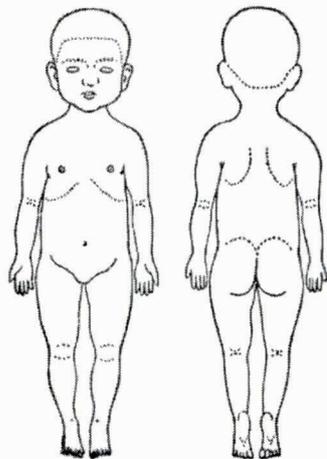


お名前

生年月日 T・S・H 年 月 日

年齢 歳 ヶ月

①今回診察希望の場所に○をつけてください



②いつ頃からですか？
年 月 日頃から

③どのような感じですか？

かゆい 痛い 傷がある

カサカサしている 発疹がある

その他 (具体的に 処置希望

{ } { }

④原因として思い当たることはありませんか？

()

⑤症状に対してどのように対処していましたか？

①放置していた ②市販の薬を使用していた ③別の医院を受診した

②③の方は どのような薬を使用していましたか？
お薬()

⑥ アレルギーはありますか？ (あり ・ なし)

アトピー性皮膚炎、 ぜんそく
花粉症 (春、秋)、ハウスダスト、薬 (具体的に：)
その他 (具体的に：)

⑦ 現在通院中の病気はありますか？ はい・いいえ
病名()
服用しているお薬名()

⑧ 女性の方のみお答え下さい
妊娠中ですか (いいえ ・ はい [ヶ月])
授乳中ですか (いいえ ・ はい)

⑨ 最終受診日から保険証の変更はありますか (いいえ ・ はい)

⑩ ご質問や偽不明な点、相談等ありましたらお書き下さい

ご協力ありがとうございました。
受付に渡してください。
2018.4.12 改訂