

# 皮膚科問診票

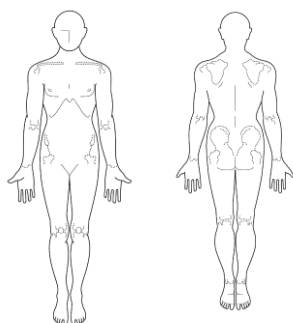
記入日： 年 月 日

氏名		様	才	男性 女性	出生地	
身長	cm	体重	kg	体温	℃	職業

① 本日は、どうされましたか

かゆい・痛い・赤くなっている・かさかさ・ジュクジュク・ぶつぶつ・水ぶくれ・はれている  
 爪の変形・水虫・脱毛・やけど・ニキビ・むくみ・皮下腫瘍（切除希望・希望しない）  
 ガングリオン（切除希望・希望しない）・軟属腫（水イボ）（摘出希望・希望しない）・疥癬疑い  
 その他（ ）

② 部位はどこですか。○を付けてください。



③ いつごろから症状がありますか \_\_\_\_\_ 日前 \_\_\_\_\_ か月前 \_\_\_\_\_ 年前

④ 上記に伴う症状として、  
 ・発熱      ・呼吸器症状（のどの痛み 腫れ 咳 呼吸困難）  
 ・消化器症状（胸やけ・嘔吐・下痢      ・いつからですか \_\_\_\_\_ 日前

⑤ 同じ症状で他の病院などで診察を受けたことがありますか （受けた      受けていない）  
 受けた方へ 病院名（      ） 受診日（      ）

⑥ 家族で同じ様な症状の方はいらっしゃいますか （いる      いない）

⑦ 以前になにか大きな病気にかかったことがありますか （ある      ない）  
 才（      ）  
 才（      ）

⑧ 現在治療中の病気はありますか （ある      ない）  
 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 脳梗塞 胃潰瘍 喘息 腎臓病  
 その他（      ）

⑨ 現在何か薬を飲んでいますか （はい      いいえ）お薬手帳を出してください  
 わかる場合は薬の名前（      ）

⑩ 今までに食べ物や薬で蕁麻疹などのアレルギー反応が出たことがありますか （はい      いいえ）  
 原因（      ） 症状（      ）

⑪ 女性の方へ

妊娠の可能性ある、あるいは妊娠されていますか （はい      いいえ）（      週目）  
 授乳されていますか （はい      いいえ）

ご記入下さいました情報は診療に必要な範囲においてのみ活用し、当該利用目的以外には使用いたしません。