

皮膚科問診票

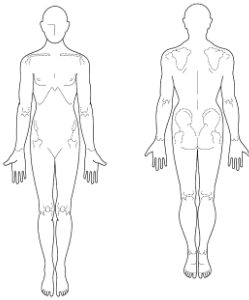
記入日： 年 月 日

| | | | | | | |
|----|----|----|----|----------|-----|----|
| 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）^{なんぞくしゅ}（摘出希望・希望しない）・疥癬^{かいせん}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 この1年で健診を受診しましたか。※（はい いいえ）

⑫ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。 （はい いいえ）

⑬ 女性の方へ

妊娠の可能性がある、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。

※マイナ保険証の診療情報取得に同意した場合、記載は省略可能です。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

阪南市民病院 皮膚科外来