皮膚科問診票

受診日　　年　　月　　日

フリガナ		性　別	男　・　女
氏　名			
生年月日	大正　・　昭和　・　平成　・　令和 年　　月　　日（　　歳）	体　重 （15 歳以下）	kg
住所・電話番号	〒　　- 自宅：　　携帯番号：		

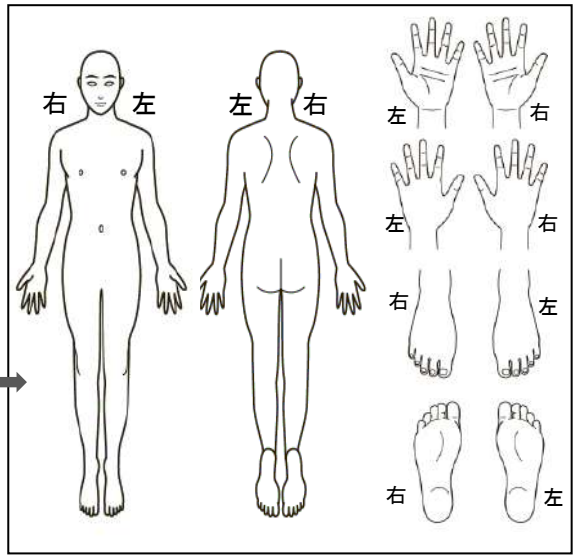
①　症状が出たのはいつ頃ですか？

［　　日前　　ヶ月前　　年前　］

②　あてはまる症状に○をつけて下さい。

発熱　かゆい　痛い　腫れている　赤くなっている
水ぶくれ　かさつき　できもの　ニキビ　イボ　シミ
巻き爪　脱毛　花粉症　やけど　けが　脇汗　手汗　汗臭
その他［　　］

③　右図の、症状のある部分に○をつけてください。



④　業務上、または通勤による負傷・病気ですか？

はい　　いいえ

⑤　この症状について治療を受けたことはありますか？

はい　　いいえ
「はい」の方⇒病院名［　　］
治療方法［　　］

⑥　現在、皮膚科以外で治療中の病気はありますか？

はい　　いいえ
「はい」の方⇒医療機関名［　　］
病　　名［　　］

⑦　現在、常用している内服薬・外用薬はありますか？

はい　　いいえ
「はい」の方⇒薬　名［　　］

⑧　今までに、薬や食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか？

はい　　いいえ　　不明
「はい」の方⇒薬・食べ物名［　　］

⑨　今まで医師から指摘されたことがあるものに○をつけてください。

アトピー性皮膚炎　花粉症　アレルギー性鼻炎　喘息　糖尿病　高血圧　膠原病
脂質異常症　肝機能障害　腎機能障害　免疫異常症　癌・悪性腫瘍　心臓病
前立腺肥大　緑内障　その他（　　）

⑨　女性の方のみお答えください

・現在、妊娠中ですか？　はい（現在　　ケ月）いいえ
・妊娠の可能性がありますか？　はい　いいえ
・現在、授乳中ですか？　はい　いいえ

青葉松風台皮フ科クリニック