

皮膚科問診票

しおはら小児科・皮膚科クリニック

年 月 日

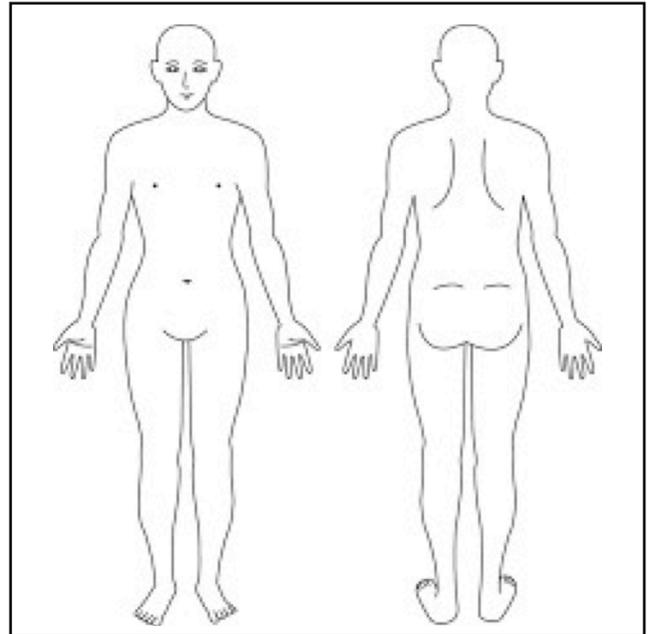
ふりがな お名前		生年月日（西暦） 年 月 日	男 女
ご住所	〒		電話番号
職業・学年		仕事・学校での負傷・病気ですか？	はい いいえ

1. 今日は皮膚の何ヵ所の診察を希望されますか？

- ・ 1 カ所 ・ 2 カ所 ・ 3 カ所以上

2. 発疹や症状はどこの方所でしょうか？

右の図で発疹や症状のある部分すべてに
○をつけてください。



3. 受診された主な症状についておたずねします。

1) どういう発疹や症状でしょうか？

- ・ かゆい ・ 痛い ・ 発疹 ・ ほくろ
- ・ いぼ ・ にきび ・ むしきされ ・ やけど
- ・ その他：

2) いつごろからでていますか？

3) 今回の症状で他の医療機関にかかりましたか？

- ・ いいえ ・ はい：医療機関名；

4) 皮膚症状のために使用している処方薬・市販薬があれば記載してください。

4. 現在治療中の病気はありますか？ ・ あります ・ ありません

*ある場合は医療機関名、病名、内服薬を記載してください。お薬手帳があればありがたいです。

5. 過去に癌・手術など大きな病気をされたことがあれば、年齢と病名を記載してください。

6. 以前に薬が原因の発疹などがでたことがありますか？ ・ あります ・ ありません

*ある場合は薬品名と症状を記載してください。

7. （対象の方のみ）妊娠中、妊娠の可能性、授乳中であれば記載してください。

8. 当院をお知りになったきっかけは何ですか？ いくつでも○をお願いします。

当院のホームページ（PC・携帯） 看板 家族・知人の紹介 自宅・学校・職場に近い