

# 皮膚科問診票

年 月 日 記入

お名前 \_\_\_\_\_ ご年齢 \_\_\_\_\_ 才 男 ・ 女

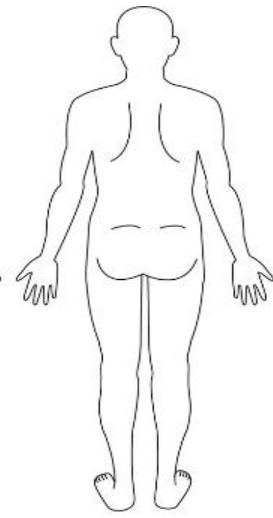
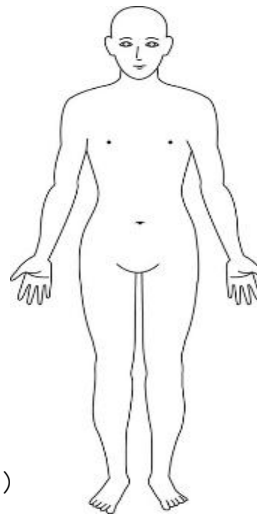
ご職業 \_\_\_\_\_ 身長( )cm 体重( )kg

( )幼稚園・保育園 ( )組

( )小学校 ( )年

## 1. 症状

- ぶつぶつ・かさかさ・みずぶくれ・あかい  
はれている・かゆい・痛い・その他( )
- 部位 図に○印をつけて下さい



- いつから 年 月 日頃から
- 原因と思われること( )
- 今までの治療は？ ある ・ ない  
( )病院・医院 ( )科で ( )と診断された。  
処方されたお薬( )

## 2. 既往歴

- 今までに下記の病気にかかったことはありますか？ ある ・ ない  
(ある場合、下記の項目に○をして下さい。)  
喘息・アトピー性皮膚炎・花粉症・緑内障・前立腺肥大・肝臓病・腎臓病・胃腸病・  
心臓病・高血圧・糖尿病・膠原病・その他( )
- 服用している薬はありますか？ ある ・ ない  
薬品名( )  
( )
- 薬や注射でじんましんやショックなどの副作用がでたことはありますか？ ある ・ ない  
薬品名( )
- 妊娠の可能性はありますか？(女性のみ) ない ・ ある ・ 分からない
- 授乳中ですか？(女性のみ) はい ・ いいえ
- ピル服用中ですか？(女性のみ) はい ・ いいえ
- 喫煙していますか？ はい (1日 本) ・ いいえ
- 下肢静脈瘤 あり ・ なし