

# 問診票（皮膚科）

フリガナ

お名前

生年月日

明・大・昭・平・令

年 月 日

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

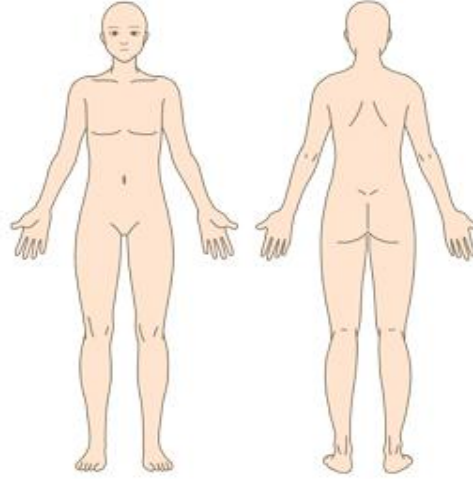
記入日 年 月 日

あてはまるところに記入または☑をつけてください。

症状のある部分に○をつけてください

## ●どのような症状ですか？（複数あればすべて☑）

- かゆい  痛い  水虫  いぼ  できもの  
 にきび  かぶれ  やけど  抜け毛  ふけ  
 赤い  ぶつぶつがある  腫れる  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）



## ●症状はいつ頃からありますか？

約（ \_\_\_\_\_ ）日・週間・年前から

## ●今回の症状で他の病院を受診されましたか？

- いいえ  はい  
（病院名 \_\_\_\_\_ ）

## ●現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

- アトピー性皮膚炎  アレルギー性皮膚炎（花粉症）  喘息  痛風  胃潰瘍  
 肝疾患  腎疾患  透析中  膠原病  緑内障  前立腺肥大  精神疾患  
 高血圧  糖尿病  心筋梗塞・狭心症  不整脈  脳出血・脳梗塞  
 がん（部位： \_\_\_\_\_ ）  その他（ \_\_\_\_\_ ）

## ●現在服用している薬はありますか？

- なし  あり（薬品名： \_\_\_\_\_ ）  
※本日、お薬手帳はお持ちですか？  はい  いいえ

## ●薬や食べ物などのアレルギーはありますか？

- なし  あり（食べ物名・薬品名： \_\_\_\_\_ ）

## ●今までに入院したことや手術を受けたことはありますか？

- なし  あり（病名： \_\_\_\_\_ 病院名： \_\_\_\_\_ ）

## ●お酒を飲みますか？

- いいえ  はい（どれぐらい飲みますか： \_\_\_\_\_ ）  
（例；1日ビール350ml、日本酒1合、1週間に〇〇回程度など）

## ●女性の方のみ

- ・現在妊娠中ですか？  いいえ  可能性がある  はい（妊娠 \_\_\_\_\_ 週）  
・現在授乳中ですか？  いいえ  はい

## ●明細書の発行を希望されますか？

- する  しない

朝霞厚生病院