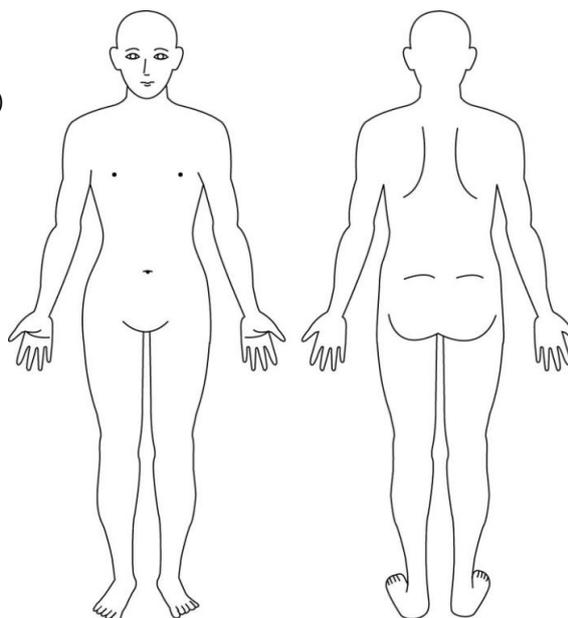


皮膚科 問診票

氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳 性別（ 男 ・ 女 ）

1. どの具合が悪いですか？
（右図に悪い個所を全てしるしをつけてください。）



2. それはいつ頃からですか？

月 _____ 日頃

症状は、（ かゆい ・ 痛い ・ 痛痒い ・ なし ）

皮膚の状態は、（ 赤い ・ 腫れ ・ カサカサ ・ ジクジク ・ その他（ _____ ） ）

3. 今回の症状に関して、他院を受診しましたか？（ はい ・ いいえ ）

★はいと答えて方は、どちらの医療機関ですか？

医療機関名（ _____ ）

★薬をもらった方は、その薬の名前・種類がわかりますか？

（ _____ ）

★お薬手帳をお持ちの方は、手帳の提出をお願いします。

4. 他の医療機関で現在治療中の病気、及び服用中の薬がありますか？（ 有り ・ 無し ）

5. 今までに合わない薬がありますか？（ 有り ・ 無し ）

有りの方は、その薬の名前はわかりますか？（ _____ ）

6. 今回の症状に関しては、通勤中・お仕事中的けがですか？（ はい ・ いいえ ）

7. 女性の方にお尋ねします、現在妊娠中ですか？（ はい ・ いいえ ）

8. その他、相談したいことがありましたらご記入ください。

（ _____ ）