

皮膚科問診票

年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	大 昭 平 令	体温
お名前	[旧姓:]			年 月 日 (歳)	°C
住所	〒		電話		体重 <small>小学生以下の方のみ</small>
					kg

1. いつからですか？

昨日 ・ 2日前 ・ 3日前 ・ 1週間前 ・ それより前 ()

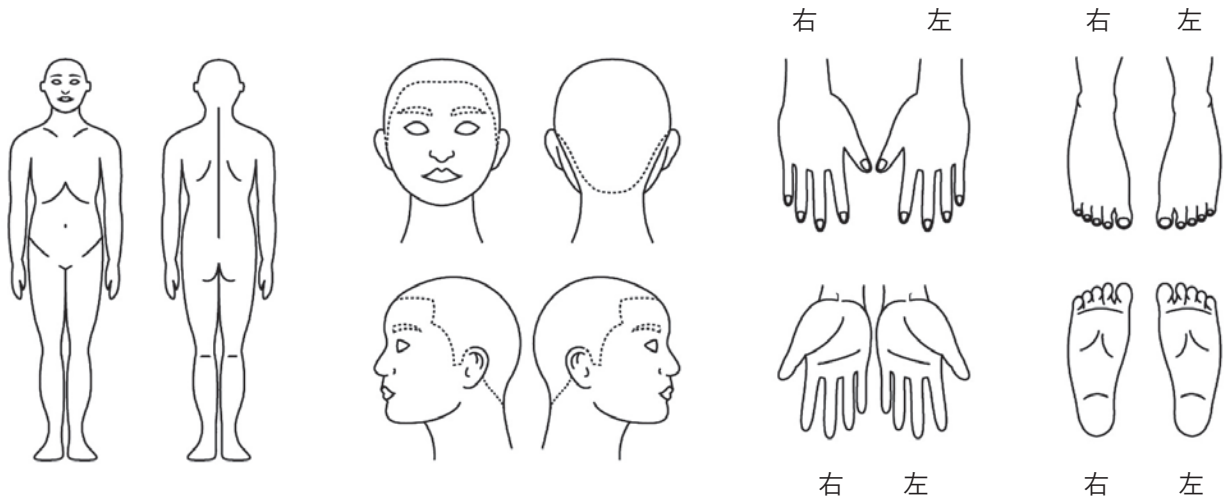
2. どうなさいましたか？○をつけてください。

赤み かゆみ 痛み ぶつぶつ 水ぶくれ 化膿 かさつき
 フケ イボ 水イボ 水虫 爪水虫
 ニキビ じんましん アトピー やけど
 円形脱毛 男性型円形脱毛症
 その他 ()

3. その症状についてこれまでに治療を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい

4. 症状がある部位に印をつけてください。



5. 今回の症状の原因として思い当たる事はありますか？ ある場合は記入してください。

(例：薬・食べ物・化粧品・仕事・どこかに出かけた など)

6. この症状について今まで他の医療機関で治療を受けていれば記入してください。

病院名

治療内容・薬の名前 など

