

【皮膚科問診票】

※初診の方・診察券番号不明の方はID欄記入不要です

ID(診察券)		体温	°C	受診日	年	月	日
フリガナ		年齢	歳	カ月	性別	男	女
氏名		生年月日	■和暦 大・昭・平・令 年				
		※和暦/西暦必須	■西暦 年 月 日				
住所	〒	日中必ず繋がる連絡先	□自宅 □携帯 ()				
薬の種類希望 ※15歳以下記入必須	□特に無し □シロップ □粉 □錠剤			現在の体重	Kg		
	□なし □あり(薬名:)			※15歳以下記入必須			
現在服用中の薬	※現在おくりを服用している方は受付にご提出ください						

● 本日診察を希望される場所を○で囲んでください



● 症状がある箇所につき
補足があればご記入ください

● 症状が出たのはいつ頃ですか	日前 /	週間前 /	ヶ月前 /	年前
● どのような症状・病気ですか * 該当するもの全て○で囲ってください	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・円形脱毛・水虫・爪水虫・ニキビ・じんましん・アトピー・やけど・水イボ・男性型脱毛症・その他 ()			
└ 上記に伴う症状がありますか	発熱・呼吸器症状(のどの痛み 腫れ 咳 呼吸困難)・消化器症状(胸やけ・嘔吐・下痢)			
└ 今回の皮膚病の原因として 思い当たる事がありますか	□ なし □ あり(詳細:)			
└ この症状についての治療歴 (あれば記入)	病院名:	いつ頃:	治療内容(薬など): 経過: □改善 □変化無し □悪化	
● その他病歴について	□ なし □ あり (治療中 ・ 過去に治療した)			
└ ありの方: 該当するものを全て選択	□アトピー性皮膚炎 □帯状疱疹 □花粉症 □アレルギー性鼻炎 □喘息 □悪性腫瘍 □糖尿病 □高血圧 □心臓病 □肝臓病 □腎臓病 □その他 ()			
● 喫煙について	□なし □あり(本/日)	● 飲酒について	□飲まない □飲む(日/週)	
● お薬・食べ物アレルギー	□ なし □ あり()			
◎ 女性の方: 妊娠/授乳の該当	□ なし □ あり (妊娠中・ 妊娠の可能性あり・ 授乳中)			
◎ 2歳以下の方: 突発性発疹の既往	□ なし □ あり			
◎ 漢方治療を希望する(任意)	□ 希望する ※希望する場合のみチェックをしてください			
● その他 * 医師に伝えたいことがあればご記入下さい				
クリニック記載欄:				