

皮膚科
問診カード


受診日 年 月 日

氏名 _____ 年齢 _____ 才

身長 _____ cm 体重 _____ kg

☆ 症状について

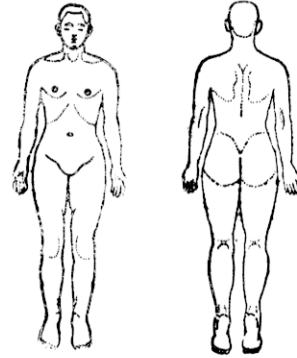
① いつから

具合の悪いところを  で示して
下さい (痒み・発赤など)

② 何が原因で

③ どんな症状がありますか

④ 現在、使用している塗布薬はありますか



☆ 以前かかった病気・けが・手術

いつ _____
どんな _____

☆ アレルギーはありますか

無 有 → (食物 注射 薬 その他 _____)

☆ 現在薬を飲んでますか

いいえ はい → どの薬ですか _____

☆ 生理 (女性の方)

順 不順 無 (閉経 年 月)

☆ 妊娠 (女性の方)

していない 妊娠中 わからない

☆ 身内で次の病気の方、又は、そのために亡くなられた方はおられますか

癌 (誰が _____ どの部位 _____) 結核 脳卒中
高血圧 心臓病 喘息 糖尿病 肝臓病
アトピー性皮膚炎 花粉症 (アレルギー性鼻炎)
その他 (_____)