

皮膚科問診表

受診日 年 月 日

ふりがな		男・女	歳	生年月日
お名前				大・昭・平・令
ご住所	〒 -	自宅番号 (- -)		
		携帯番号 (- -)		

① いつ頃からお困りですか？

② あてはまる症状に○印を付けてください。

発熱 かゆい 痛い 腫れている 赤くなっている 湿疹
発疹 水ぶくれ 帯状疱疹 カサカサする できもの とびひ
蕁麻疹 虫刺され ニキビ イボ シミ 水虫 巻き爪
脱毛 花粉症 やけど 怪我

その他

③ 右図の症状のある部分に○を付けてください。

④ 業務上、または通勤による負傷・病気ですか？

はい いいえ

⑤ 現在、この症状で治療をうけていますか？

はい いいえ

「はい」の方⇒病院名 【

治療方法 【

※その治療方法で、どのような変化がありましたか？

☐良くなった ☐変わらない ☐悪くなった ☐その他 【

⑥ 現在、皮膚科以外の科にかかっていますか？

はい いいえ

「はい」の方⇒医療機関名 【

病名 【

⑦ 現在、常用している内服薬・外用薬はありますか？

はい いいえ

「はい」の方⇒薬名

⑧ 今までに、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

はい いいえ 不明

「はい」の方⇒薬・食べ物名

⑨ 今までにかかった病気に○印を付けてください。

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 糖尿病 高血圧
心臓病 肝臓病 腎臓病 前立腺肥大 緑内障 その他 【

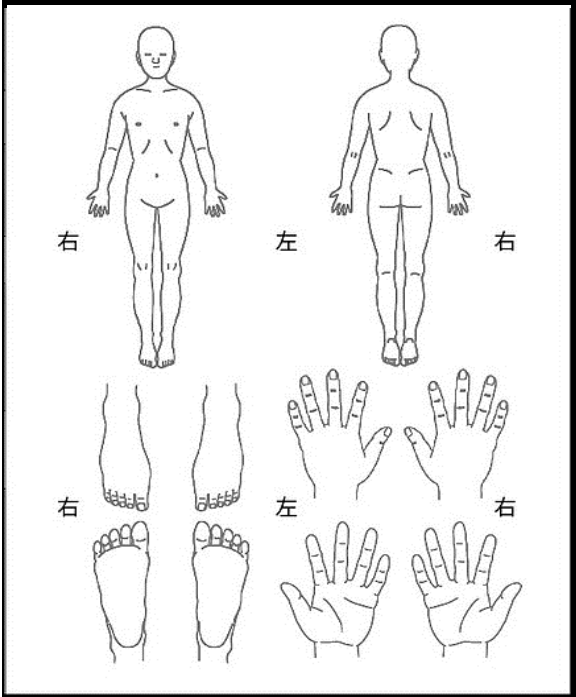
⑩ 今までに肝機能障害、腎機能障害と指摘されたことはありますか？

はい いいえ 肝機能障害 腎機能障害

⑪ 女性の方のみお答えください。

・現在、妊娠中ですか？ はい(現在 月) いいえ
・妊娠の可能性がありますか？ はい いいえ
・現在、授乳中ですか？ はい いいえ

⑫ 現在の体重を教えてください。(お子さんの場合) Kg



※当院は国が定めた診療報酬算定要件に従い、診療報酬点数(医療情報・システム基盤整備体制充実加算)を算定いたします。