

皮膚科問診票

ID _____

氏名 _____ 年 月 日

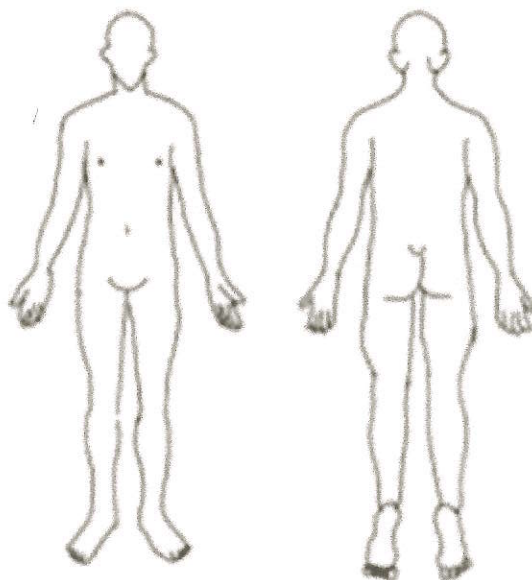
年齢 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

職業 _____

1、本日はどうされましたか？

2、それは、いつからですか？

3、どの部分ですか？



4、本日の症状で他医療機関に受診されたことがありますか。

あり 病名・症状

なし

5、今まで、もしくは現在治療中の病気があればお答えください。

高血圧 糖尿病 肝臓病 心臓病 腎臓病 喘息 鼻炎

花粉 アトピー性皮膚炎 その他()

6、薬や食べ物で具合が悪くなったことがあればお答えください。

薬:()

食べ物:()

*お薬手帳をお持ちの方は提示してください。