

# (再診) 皮膚科問診票

ID \_\_\_\_\_

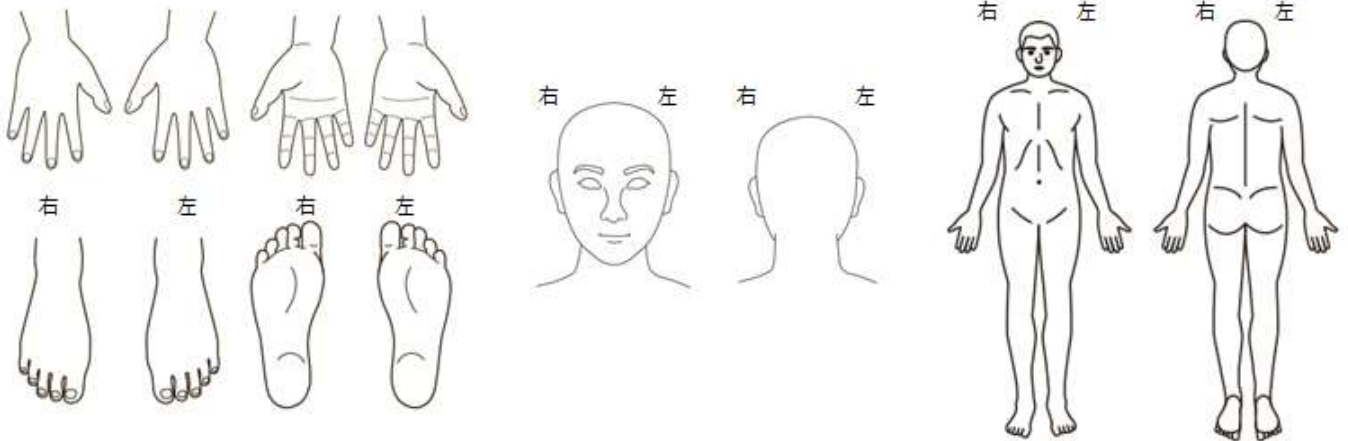
フリガナ \_\_\_\_\_

お名前： \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )

生年月日： T・S・H \_\_\_\_\_ 年 月 日 (満 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ カ月)

( 15 歳未満の方 → 体重 \_\_\_\_\_ kg )

◎ 本日の症状 (症状がある部位に○をしてください)



- ◎ どのような症状がありますか？  
痛み かゆみ 腫れ 違和感 かさつき 湿疹 その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ◎ いつからその症状がありますか？  
( \_\_\_\_\_ ) 日前 ( \_\_\_\_\_ ) 週間前 ( \_\_\_\_\_ ) ヶ月前 ( \_\_\_\_\_ ) 年前
- ◎ 同じ症状で他院を受診されましたか？受診された方のみご記入ください。  
病院 ( \_\_\_\_\_ ) 薬 ( \_\_\_\_\_ )
- ◎ 現在、治療中の病気はありますか？ある方のみご記入ください。  
病名 ( \_\_\_\_\_ ) 薬 ( \_\_\_\_\_ )
- ◎ 現在、血をサラサラにするお薬を内服されていますか？されている方のみご記入ください。  
薬 ( \_\_\_\_\_ )
- ◎ 薬や食べ物にアレルギーはありますか？  
ない ある ( \_\_\_\_\_ )
- ◎ 女性のみ：妊娠している可能性がありますか？ ない ある