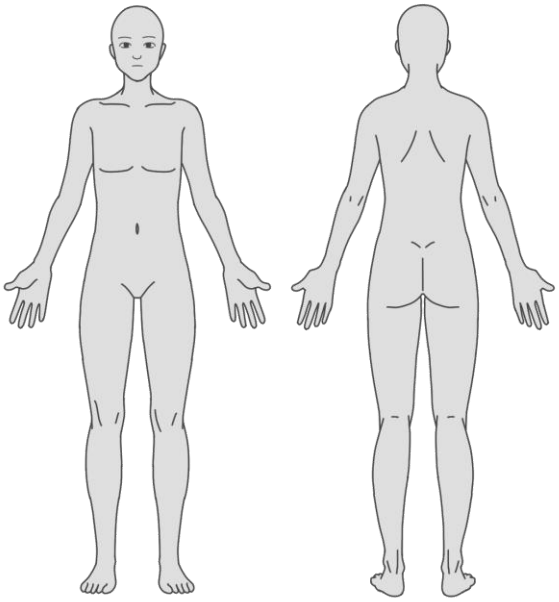
一般皮膚科　問診票(初診・お久しぶりの方)　　日付　　年　　月　　日

ふりがな		性別	生年月日	身長　　cm
氏名		男　女	T・S・H・R　　年　月　日 年齢　　才	体重　　kg
住所	〒			
電話番号	自宅: 携帯:	職業		

※患者様の症状や状態をより詳しく把握させていただくため、事前にスタッフが問診させていただきます。
よろしいですか？□はい　□いいえ

1. 症状が出たのはいつからですか？
□今日から　　□昨日から　　□(　　)日前から
□(　　)週間前から　□(　　)か月前から　□(　　)年前から



2. どのような症状ですか？(右図に印をつけてください)
□かゆい　□痛い　□赤くなっている　□かさかさしている
□腫れている　□湿疹　□蕁麻疹　□切り傷・擦り傷　□火傷
□水虫　□巻き爪　□アトピー　□ニキビ　□いぼ　□ほくろ
□あざ　□できもの　□脱毛・薄毛
□その他(　　)

3. 上記の症状で、これまでに治療を受けられたことはありますか？
□いいえ　　□はい→病院名:
処方薬:

4. 現在治療中の病気はありますか？
□いいえ　　□はい　※お薬手帳の提示をお願い致します。
□高血圧　□糖尿病　□心臓病　□肝臓病　□緑内障
□高脂血症　□腎臓病(透析:あり・なし)　□膠原病(病名:　　)
□その他(　　)
内服・外用中の薬:

5. アレルギーをお持ちですか？(お持ちでしたら結果表をご提示ください)
□いいえ　　□はい→□花粉(　　)　□金属(　　)
□食物(　　)　□薬剤(　　)
□その他(　　)

6. 女性の方で該当される方のみご記入ください。現在妊娠している可能性はありますか？
□いいえ　□可能性あり　□妊活中　□妊娠　　カ月(出産予定日:　月　日)　□授乳中

7. 診療や治療に関するご希望などあればご記入ください。