【皮膚科外来　問診票】

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　様　　男　・　女　　　　　　歳

下記の質問にお答えください



1いつから、どんな症状がありますか？

　1)いつ頃から？

　　(1)約　　　　年前　　　(2)約　　　　ヶ月前

　　(3)約　　　　週前　　　(4)約　　　　日前

(5)約　　　　時間前

2)どのような症状？

　　(1)かゆい　　(2)痛い　　(3)発赤　発疹

(4)腫れ　むくみ

　　(5)その他（　　　　　　　　　　）

3)どの部位ですか？図に○をつけてください

4)原因で思い当たることはありますか？

　(例：薬　食べ物　仕事　旅行　転倒　けが等)

2.上記の症状で現在または以前に治療を受けていますか?

　いいえ

　はい　病院名　　　　　　治療方法：塗り薬　飲み薬　注射　手術　その他（　　　）

3.現在または以前に病気にかかり治療を受けたことがありますか?

　いいえ

　はい　病名：高血圧　糖尿病　喘息　心臓病　その他（　　　　　）

　　　　病院名

4.現在使用している薬はありますか？お薬手帳を持参している方は下記に記入せず提出をお願いします。

　　いいえ

　は　い　薬剤名

5.薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

　　いいえ

　　はい　薬剤名

9.女性の方のみお答えください

妊娠中ですか？　　はい　　　ヶ月　　可能性あり　　　可能性なし

　授乳中ですか？　　はい　　　子供　　　ヶ月

\*当科では疾患の状態を経過的に診ていくため、患部の写真撮影へのご協力をお願いしております。

撮影の際は、プライバシーの保護に努め、写真データは上記目的以外には使用いたしません。

撮影への同意の有無を記入ください。（同意する　・　同意しない）