

# 【皮膚科外来 問診票】

フリガナ

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 \_\_\_\_\_ ケ月前

(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

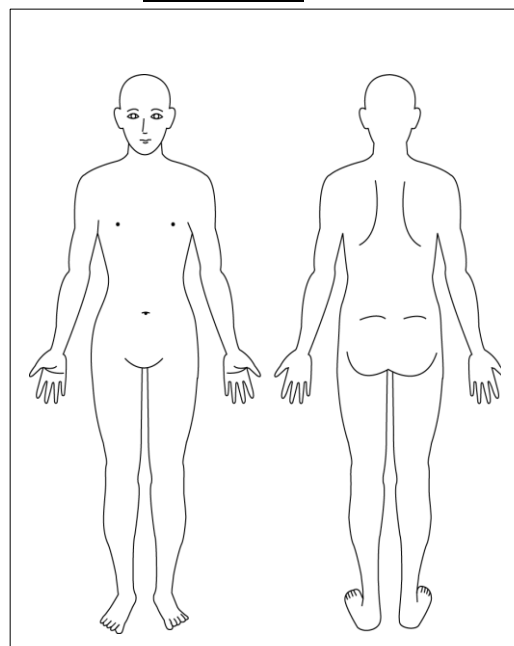
(4)腫れ むくみ

(5)その他 ( \_\_\_\_\_ )

3)どの部位ですか？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 \_\_\_\_\_ ケ月 可能性あり 可能性なし

授乳中ですか？ はい \_\_\_\_\_ 子供 \_\_\_\_\_ ケ月

※ウラ面に続きます。

\*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)

10.感染症についてお聞きします。

1週間以内に、コロナ陽性者・濃厚接触者・インフルエンザ・風邪症状のある人との接触はありますか？

はい(時期 ) いいえ

過去1週間以内に新たに生じた症状はありますか？

のどの痛み 発熱 鼻水 頭痛 息切れ せき  
味を感じにくい においを感じにくい 該当なし