

# 皮膚科問診票

DATE

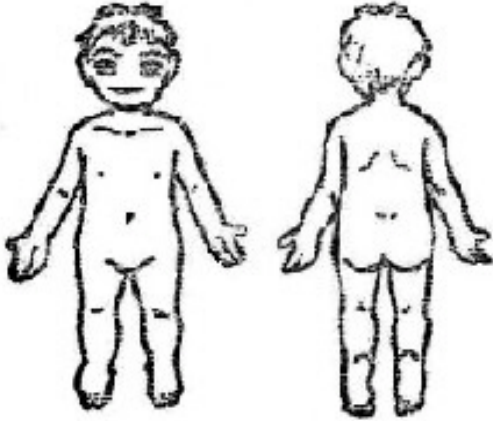
No.

お名前 \_\_\_\_\_

性別 男 ・ 女

年齢 \_\_\_\_\_ 歳

- 1) 症状があるところすべてに  
○をつけてください。



- 2) あてはまる症状をお選びください。

- |                                       |                               |                                   |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 湿疹           | <input type="checkbox"/> 乾燥   | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> かぶれ          | <input type="checkbox"/> 虫さされ | <input type="checkbox"/> じんましん    |
| <input type="checkbox"/> 腫れ           | <input type="checkbox"/> いぼ   | <input type="checkbox"/> うおのめ     |
| <input type="checkbox"/> やけど          | <input type="checkbox"/> とげ   | <input type="checkbox"/> 膿み       |
| <input type="checkbox"/> にきび          | <input type="checkbox"/> ヘルペス | <input type="checkbox"/> 帯状疱疹     |
| <input type="checkbox"/> ほくろ          | <input type="checkbox"/> しみ   | <input type="checkbox"/> あざ       |
| <input type="checkbox"/> 巻き爪          | <input type="checkbox"/> 爪の異常 | <input type="checkbox"/> 水虫       |
| <input type="checkbox"/> かゆい          | <input type="checkbox"/> 痛い   | <input type="checkbox"/> 赤い       |
| <input type="checkbox"/> その他( _____ ) |                               |                                   |

- 3) いつから症状がありますか？

※日付がわかれば具体的にご記入ください。

( \_\_\_\_\_ )

- 4) 定期的、不定期に使用している内服薬・外用薬はありますか？(市販薬やサプリメントを含む)

いいえ

はい

→

\*「はい」とお答えの方へ・・・お薬一覧表 または お薬手帳 【あり・なし】

- 5) 過去にかかったことがある病気(現在あるものを含む)があればご記入ください。

アトピー性皮膚炎

じんましん

アレルギー性鼻炎

アレルギー性結膜炎

喘息

高血圧

糖尿病

コレステロール(中性脂肪)が高い

心臓病

その他( \_\_\_\_\_ )

- 6) アレルギーはありますか？

いいえ

はい

→  花粉

食物

ダニ

動物

ハウスダスト

麻酔

薬( \_\_\_\_\_ )

- 7) 身長・体重をご記入ください。(身長 \_\_\_\_\_

cm / 体重 \_\_\_\_\_

kg)

- 8) 女性の方にお伺いします。

・現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？

いいえ

はい

・授乳中ですか？

いいえ

はい

\*\* 個人情報の取り扱いについて \*\*

上記の内容は、当院「個人情報保護規定」により適切に管理いたします。

当院での個人情報の利用は、掲示板でお知らせした内容に限定して利用いたします。

検査内容などは医師が必要と認めた項目で実施いたします。

医療法人社団 丸の内クリニック

上記の内容を同意して診療を申し込みます。