

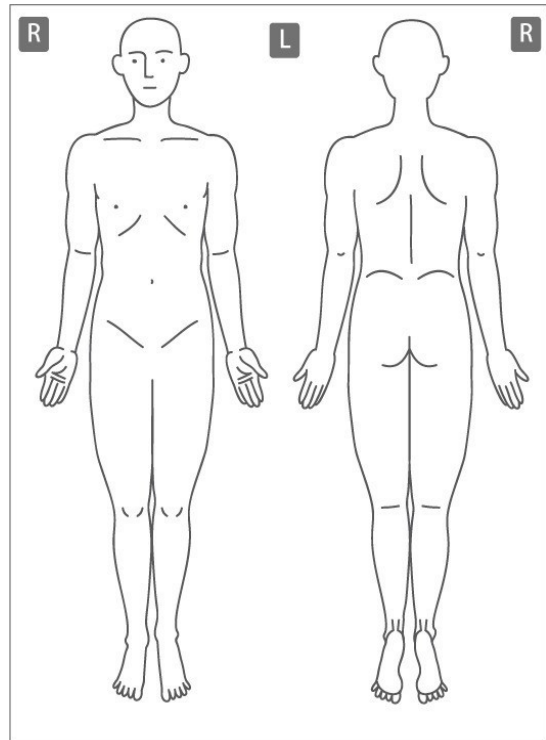
問診票 (皮ふ科・アレルギー科)

令和 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
住所	〒					
電話番号	—	—	職業			

① 今日はどうされましたか？症状にチェックしてください。また、下の図に症状がある部位に○印をつけてください

- かゆい 痛い ぶつぶつ・赤み
 できもの やけど はれている
 その他 ()



② いつ頃ごろからですか？

()

③ この症状で治療を受けていますか？

- はい いいえ

↳ (治療内容：)

④ いま、通院や飲んでいるお薬はありますか？

- はい いいえ

↳ (病名：)
↳ (病院・クリニック名：)
↳ (飲んでいる薬：)

⑤ これまでにかかった大きな病気がありますか？

- はい いいえ

↳ (病名：)

⑥ アレルギーがありますか？

- はい いいえ

↳ 薬 () ・ 食物 () ・ 金属 ()
↳ その他 ()

⑦ ※女性の方のみ記入してください。現在、妊娠中ですか？

- はい いいえ

↳ 妊娠している ・ 可能性がある ・ 授乳中

⑧ 心配なこと、治療に対してのご要望があればお書きください

()