

皮膚科問診票

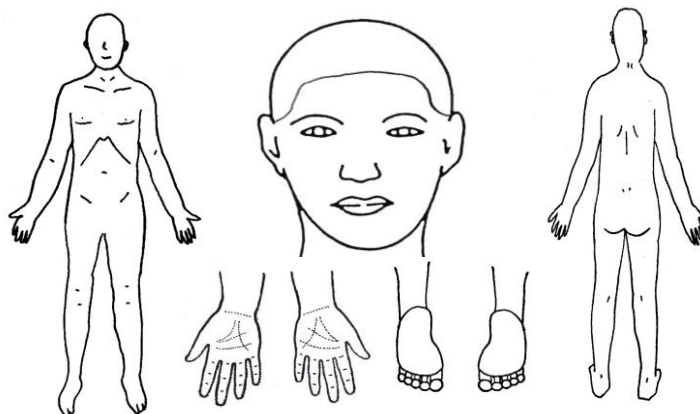
フリガナ _____

お名前： _____

診察を円滑に行うために、必要事項の記載をお願いいたします。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 診察を希望される部位に○を付けて下さい



2. どのような症状で来院されましたか？ かゆみ いたみ その他 ()

3. 全身に広がっている皮疹がありますか？ ある・ない

4. 発熱はありますか？ ある () 度・ない

5. 症状がおこったのはいつ頃からですか？ () 日前 () 週間前 () カ月前 () 年前

6. 今回のことで治療を受けましたか？ いいえ・はい (病院名 _____ 病名 _____)

7. 今までに次の病気にかかったことはありますか？

糖尿病 高血圧 喘息 心臓病 脳梗塞 花粉症 緑内障 胃潰瘍 十二指腸潰瘍
その他 ()

8. 現在飲んでいる薬がある方は、ご記入下さい。(診察時、おくすり手帳をお見せ下さい。)

9. 歯の治療などで、局所麻酔薬を使われたことはありますか？ ある・ない

10. 薬によるアレルギーはありますか？ いいえ・はい (薬の名前 _____)

11. ご家族の方で次の病気にかかった方はいらっしゃいますか？

疥癬 (かいせん) 糖尿病 高血圧 喘息 心臓病 アトピー性皮膚炎 花粉症 がん

12. 女性の方のみお答え下さい。現在、妊娠しているのか、またその可能性はありますか？

はい (出産予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)・いいえ・不明・閉経

本日、紹介状をお持ちですか？ はい・いいえ

当院は医学部学生の教育機関でもあります。医師の診察前に学生による問診等の御協力をお願いしております。学生がお話をうかがうことに同意していただけますでしょうか？ はい・いいえ (いいえと答えた方でも診察への支障はございません)