

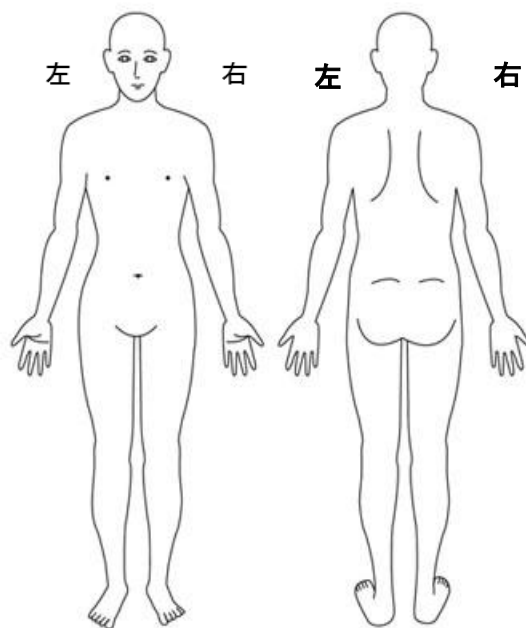
皮膚科問診票

氏名	薬・注射による副作用 無・有 ()		
	アレルギー 無・有 ()		
年齢	才	男・女	消毒や湿布などでかぶれた経験 無・有 ()
身長	cm	体重	kg

〈当てはまるところにチェックを入れてください〉

〈症状のある部分に○をつけて下さい〉

- かゆみ
- 痛み
- できもの (赤み 熱感 膿が出る 腫れてし
(切除希望)
- 発赤
- かさつき
- 腫れがある
- ぶつぶつ
- 虫刺され (月 日 時頃) 何に ()
- ほくろが心配 (切除希望)
- にきび
- 巻き爪
- シミ



- 体の片側だけに発疹と痛みがある
- 強い痛みがあり腫れている (熱感がある)
- 最近飲み始めた薬やサプリがあり、それからの発疹
- 発疹があり息がしにくい
- 痒みを伴う水ぶくれが多数ある
- 水いぼを取りたい
- その他

〈症状についてご自由にご記入下さい〉

その症状はいつからですか？ 月 日頃から

上記の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか？ いいえ はい ()

現在内服中の薬はありますか？ いいえ はい(当院・他院)⇒お薬手帳持参 あり・なし

血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？ いいえ はい お薬 ()

現在塗っている薬はありますか？ いいえ はい

今までにかかった大きな病気・治療中の病気がありますか？ いいえ はい

今までに手術をされたことはありますか？ いいえ はい

女性の方のみご記入ください 妊娠中 授乳中