

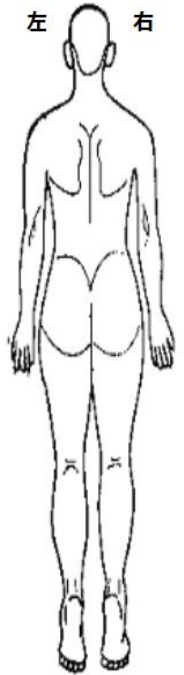
皮膚科問診表

令和 年 月 日 ID _____

氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日	電話番号		
					TEL	
住所	〒		性別	男・女	緊急連絡先	続柄：
					TEL	

1) どのような症状で来院されましたか？症状と部位を○で囲んで下さい。

- ・かゆい
- ・ヒリヒリする
- ・水ぶくれ
- ・ニキビ
- ・赤みがある
- ・ウオノメ、タコ
- ・できもの
- ・やけど
- ・その他 ()



2) その症状が出たのはいつ頃からですか？

(年 月 日頃から)

※この症状で労災の予定はありますか？

はい ・ いいえ

3) この症状に関して治療を受けたことはありますか？

- ・はい⇒(病院名：)
- ・いいえ

4) 現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

- ・特になし
- ・アトピー性皮膚炎
- ・花粉症
- ・アレルギー性鼻炎
- ・ぜんそく
- ・糖尿病
- ・腎臓病
- ・肝臓病
- ・その他 ()

5) 本日、お薬手帳はお持ちですか？

- ・はい⇒診察室にて医師にお見せ下さい
- ・いいえ

※いいえの方で、現在使用しているお薬はありますか？

- ・はい⇒(薬品名：)
- ・いいえ

6) 薬や注射で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか？

- ・はい⇒(薬品名：)
- ・いいえ

7) 本日、化粧品の相談はありますか？

はい ・ いいえ

8) 女性の方へ

◎妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ ◎現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ