

問診票(皮膚科用) 平成 年 月 日 No.

ふりがな		性別
氏名		(男・女)
生年月日(明治・大正・昭和・平成)	年 月 日	歳
住所(〒 -)	電話番号() -	
	緊急連絡先() -	
	職業	
施設をご利用の方のみご記入ください	身長 cm	体重 kg
施設名:	(入所中 ・ ショート ・ デイ ・ 訪問)	

* 今回の症状で他の医療機関を受診されましたか？

いいえ

はい → 医療機関名()
いつ頃()

* 紹介状はありますか？ (はい ・ いいえ)

* その医療機関で処方された薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

薬の内容 (説明書持参 ・ わからない) ←

↳ 薬品名 ()

* 症状が出たのはいつからですか？ (ごろ〜)

* この症状は 今回がはじめて
 以前にもあった
 繰り返している

* 思い当たる症状の の中に ✓ の記入をお願いします。

該当するものがなければ、その他欄に ✓ を記入し、症状も記入してください。

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> かさかさする | <input type="checkbox"/> 膿が出る |
| <input type="checkbox"/> かゆみがある | <input type="checkbox"/> たこ・うおのめができた |
| <input type="checkbox"/> むずむずする | <input type="checkbox"/> 虫さされ(蜂・ムカデ・蟻・) |
| <input type="checkbox"/> ぼろができた | <input type="checkbox"/> 黒ずみが気になる |
| <input type="checkbox"/> 蕁麻疹が出た | <input type="checkbox"/> 火傷をした |
| <input type="checkbox"/> 赤くなっている | <input type="checkbox"/> 切り傷ができた |
| <input type="checkbox"/> 熱をもっている | <input type="checkbox"/> 床ずれがある |
| <input type="checkbox"/> 痛みがある | <input type="checkbox"/> 他院での治療を当院で継続希望 |
| | <input type="checkbox"/> その他() |

* どの部分が気になりますか？ の中に ✓ の記入をお願いします。

- 全身 頭部 顔 首 肩 胸部 腹部 背中 臀部
 陰部 左腕 右腕 左手 右手 左手の爪 右手の爪
 左足 右足 左足の爪 右足の爪 その他 ()

☆2枚目もありますので、引き続きご記入をお願いします。☆

*今までにかかった病気、もしくは現在かかっている病気はありますか？ なし あり

お薬を服用されている方は、薬名が分かるようでしたら記入をお願いします。

お薬手帳をお持ちでしたら、受付にお出してください。

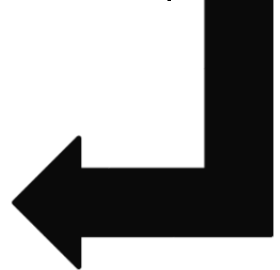
記入例: (アレルギー性鼻炎 (服用している薬名)) など

呼吸器疾患	高血圧	糖尿病	緑内障
()	()	()	()
心疾患	脳血管系	消化器系	その他
()	()	()	()

*血縁のご家族の方で大きな病気にかかったことのある方はみえますか？ なし あり

続柄・詳しい病名が分かるようでしたら()内に
記入をお願いいたします。記入例: (父 大腸がん) など

高血圧	糖尿病	心疾患
()	()	()
脳血管系	呼吸器系	その他
()	()	()



*手術を受けたことがありますか？

なし

あり

→いつ頃()病名()完治・治療中

*市販薬、サプリメントは飲んでいますか？

飲んでいない

飲んでいる

→ 薬品名 ()

*アレルギーはありますか？

なし

あり

何の
アレルギー
ですか？

→

食べ物	()
動物	()
花粉・その他	()

*飲み薬、注射などで合わなかったものはありますか？

なし

あり

(いつ頃 薬品名 症状)

*お酒は飲みますか？

いいえ

はい

→ 種類()量()頻度()

*たばこは吸いますか？

いいえ

以前吸っていたがやめた

はい

→ いつから (歳) 1日の本数 (本)

*女性の方のみお伺いします

①月経について

順調 (周期 日 最終月経 / ~ /)

不順 (最終月経 / ~)

閉経 初潮前 手術で摘出(子宮・卵巣)

②現在、月経中ですか

はい いいえ

③現在、妊娠していますか

いいえ 否定できない

④現在、授乳していますか

はい いいえ

ご記入ありがとうございました。