

# 皮膚科問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_

いつからの症状ですか？

( )

どこの部位に？

( )

どんな症状がありますか？

( )

ここへ来る前に別の病院で治療をしたことがありますか？  
治療の内容、処方された薬がわかればお書き下さい。

( )

他の科の病気はありますか？内服薬があればお書き下さい。

( )

薬のアレルギーはありますか？

あり・なし

薬剤名

アレルギー性の病気はありますか？

本人 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 鼻炎

家族 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 鼻炎

2024.6.26 改定