

河村 皮膚科 問診票 (初診時)

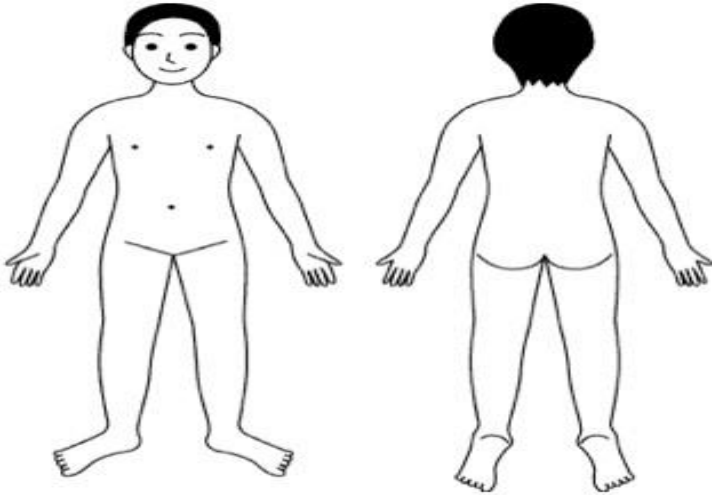
ふりがな
氏名

年齢 歳

性別 男・女

1. 下の図で、本日診察を希望される場所を○で囲んでください

※2つ以上の症状がある方は 空欄を使用していただき、いつからどのような症状があるのかを記入して下さい。



2. 症状が出たのはいつ頃ですか? () から

3. どのような症状・病気ですか ○をつけて下さい (複数回答可)

赤み・かゆみ・痛み・ぶつぶつ・水ぶくれ・化膿・かさつき・フケ・イボ・円形脱毛
水虫・爪水虫・ニキビ・じんましん・アトピー・やけど・水イボ・男性型脱毛症
その他 ()

4. 今回の 皮膚病 の原因として 思い当たる事がある場合は記入して下さい

(薬・食べ物・化粧品・仕事・どこかに出かけた 等)

()

5. この症状について今まで他の医療機関で治療を受けていれば記入して下さい

病院名 ()

治療内容(薬の名前など) ()

6. アレルギーは ありますか?あてはまるものに○をつけて下さい

また、食物・薬の名前など、どんなものにアレルギーがあるのか書いて下さい

アトピー 喘息 鼻炎 花粉症 金属 動物 その他 ()

食べ物 () 薬 ()

7. 現在 皮膚科以外で治療している病気や内服している薬はありますか

病気 () 内服薬 ()

8. 女性の方のみ ○をつけて下さい

現在 妊娠中ですか はい () ヶ月) 可能性 あり ・ いいえ

現在 授乳中ですか はい ・ いいえ