

皮膚科問診票 (小児)

受診日:

付き添い: 父・母・祖父・祖母・他 _____

体重: _____ kg

ふりがな お名前	男 ・ 女
-------------	-------------

生年月日	平成 年 月 日
兄弟姉妹	人中 番目

初来院時のみ記載

ご住所	〒	
電話番号	携帯: (父・母・)	自宅:
集団生活	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 保育園・幼稚園・小学校	

妊娠 _____ 週、 _____ gで出生

出生時や健診時などに、なにか指摘を受けたことはありますか?
いいえ はい 内容: _____

今までに食べ物やくすりアレルギーを起こしたことがありますか?
いいえ はい 食物: _____
 くすり: _____
 その他: _____

今まで大きな病気にかかったことはありますか? いいえ
けいれん(熱なし・熱あり): _____回
入院歴 病名: _____
その他 病名: _____

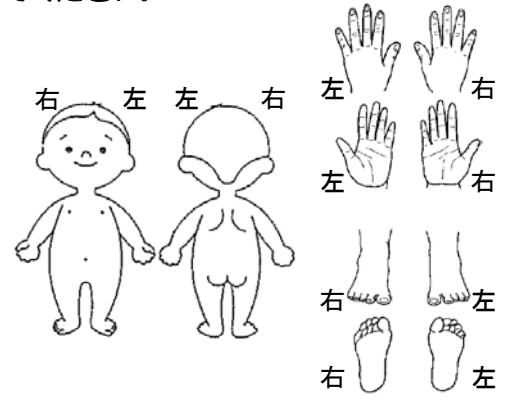
本日はどうなさいましたか?

*待合室の体重計で測定できない方は処置室で測定しますので、受付にお声がけください

いつ頃からお困りですか? _____

当てはまる症状・部位に○印をつけてください。

- 発熱 かゆい 痛い 腫れている
- 赤くなっている 湿疹 発疹
- 水ぶくれ 帯状疱疹 カサカサする
- できもの とびひ じんま疹
- 虫刺され ニキビ イボ シミ
- 水虫 巻き爪 脱毛 花粉症
- やけど 怪我
- その他: _____



現在、この症状で治療を受けていますか?
いいえ はい 病院名: _____
 治療方法: _____

その治療法で、どのような変化がありましたか?
よくなった 変わらない 悪くなった
その他: _____

現在、皮膚科以外の科にかかっていますか?
いいえ はい 病院名: _____
 病名: _____

現在、常用している内服薬・外用薬はありますか?
いいえ はい 薬名: _____