皮膚科問診票　（成人）

受診日：

ふりがな お名前		男 ・ 女

初来院時のみ記載

生年 月日	大正・昭和・平成 年　月　日	
ご住所	〒	
電話番号	携帯：	自宅：

今までに食べ物やくすりで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：＿＿＿＿＿＿

今までかかった病気に○印をつけてください。

アトピー性皮膚炎　帯状疱疹　花粉症　アレルギー性鼻炎　喘息

糖尿病　高血圧　心臓病　肝臓病　腎臓病　前立腺肥大　緑内障

その他＿＿＿＿＿＿

今までに肝機能障害、腎機能障害と指摘されたことはありますか？

□いいえ　□はい：肝機能障害　腎機能障害

女性の方のみお答えください

現在、妊娠中ですか？　□いいえ　□はい（現在　　か月）

妊娠の可能性がありますか？　□いいえ　□はい

現在、授乳中ですか？　□いいえ　□はい

本日はどうなさいましたか？　□にチェックを入れて下さい

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

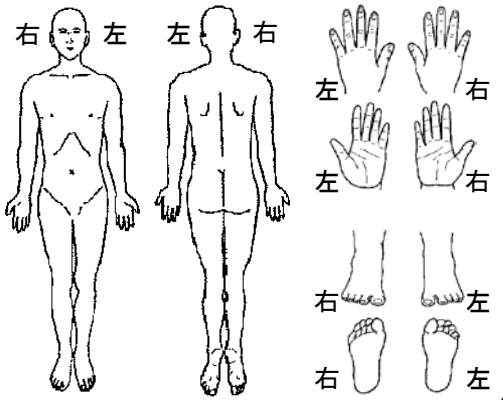
できもの　とびひ　じんま疹

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：＿＿＿＿＿＿



業務上、または通勤による負傷・病気ですか？

□いいえ　□はい

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：＿＿＿＿＿＿