



皮膚科問診票

正しい診断と治療に必要ですのでできるだけ正確にご記入をお願いいたします。

フリガナ
ご氏名

男・女

〒

住所

電話番号（携帯も可）（ ）

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生（ 才）

職業または学校・学年

■思い当たる症状に ○ をご記入ください。

- ・かゆみがある
- ・痛みがある
- ・ぶつぶつが出ている
- ・はれている
- ・赤くなっている
- ・じくじくしている
- ・その他〔 〕

■その部位を教えてください。

■いつ頃からこのような症状が出始めましたか？

（ ・ 日前 ・ ヶ月前 ・ 年前）

■この皮膚症状の原因に心当たりがありますか？

■この皮膚症状に対してどこかで治療を受けられましたか？

<医療機関： ><治療： >

■今までに病気にかかったことがありますか？

高血圧・糖尿病・腎臓病・肝炎・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎
蕁麻疹・喘息・その他〈 〉

■現在飲んでいる薬（病院からの薬・市販の薬・健康食品など）がありますか？

■薬・食べ物等のアレルギーがありますか？ ・はい（ ）
・いいえ

■妊娠やその可能性がありますか？授乳中ですか？ ・はい（ ）
・いいえ

ご協力ありがとうございました。

この情報は診療目的以外に利用することはありません。