

# 皮膚科 問診票

【名前 \_\_\_\_\_】 年 月 日

1. 本日は、どうされましたか？

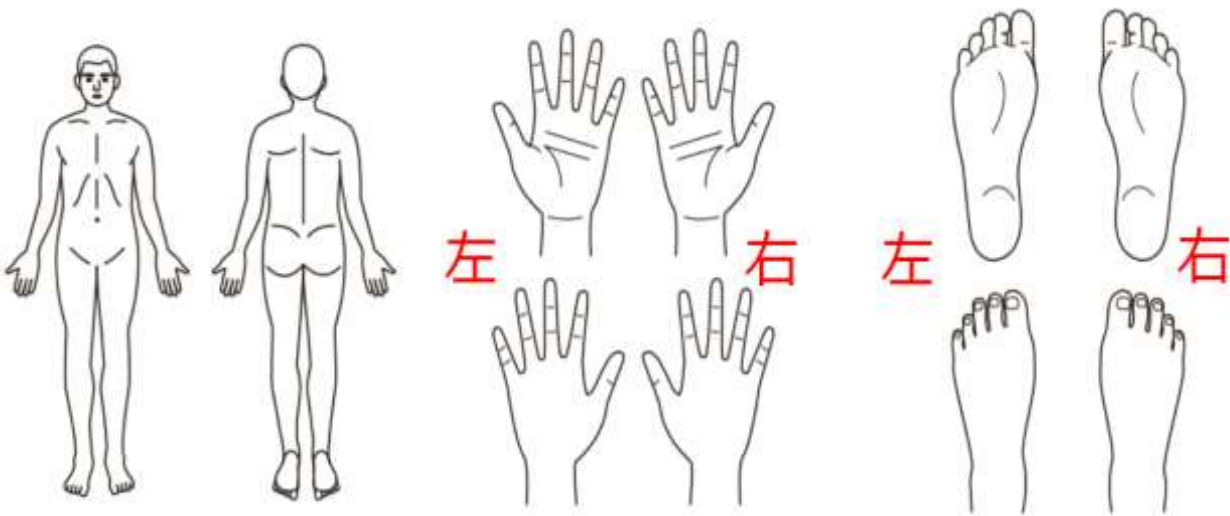
いつから： \_\_\_\_\_

部位： \_\_\_\_\_

症状： \_\_\_\_\_

原因はありますか： \_\_\_\_\_

★具合の悪いところを図に示してください



2 定期的に診察を受けている疾患はありますか？ どちらの医療機関にかかっていますか？

ない ある ( \_\_\_\_\_ )

3 いつも服用されているお薬はありますか？

ない ある ( 内容： \_\_\_\_\_ )

4 血がとまりにくくなる薬を服用されていますか？ (バイアスピリン・ワーファリン・プラビックスなど)

ない ある (内容： \_\_\_\_\_ )

5 今までに入院したことや、手術をうけられたことはありますか？ また何才ごろですか？

ない ある ( \_\_\_\_\_ )

6 アレルギーはありますか？ (薬・注射・食べ物(果物含む)・ゴム製品などで蕁麻疹やショックなど)

ない ある ( \_\_\_\_\_ )

7 女性の方のみご記入ください。

① 現在、妊娠の可能性はありますか？ ( ある ない わからない ) 最終月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

② 現在、授乳中 ( はい：産後 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ か月 )

③ 現在、ピル・女性ホルモンを服用されていますか？ (はい：内容 \_\_\_\_\_ )