

# 皮膚科問診票

ふりがな	生年月日
お名前	大正・昭和・平成 年 月 日
	歳 月 日
〒 -	
ご住所	
電話番号 ( )	携帯番号 ( )

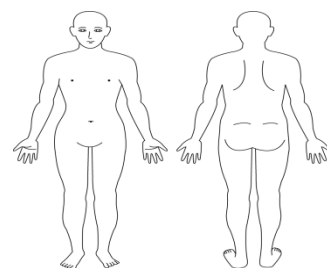
## ●いつからどうされましたか？

### ① いつ？

- ・本日 ・昨日 ・一昨日 ・1週間程前 ・2週間程前  
・1か月程前 ・半年程前 ・その他 ( )

### ② どこ？

- ・あたま ・かお ・みみ ・くび  
・からだ ・うで ・あし ・その他 ( )



### ③ どうされました？

- ・かゆい ・いたい ・その他 ( )

## ●食物・薬剤アレルギーはありますか？ ・なし ・あり ( )

## ●これまでにかかれた病気はありますか？

- ・なし  
・糖尿病 ・高血圧 ・心疾患 (心筋梗塞、狭心症 等) ・脳梗塞  
・その他 ( )

## ●現在飲んでいるお薬はありますか？ ・なし ・あり ( )

血が止まりにくくなるお薬はありますか？ ・なし ・あり

## ●入院されたことはありますか？ ・なし ・あり

病名：( ) いつ ( 年 月 日)

## ●その他、伝えたいことはありますか？