皮 膚 科 問 診 票

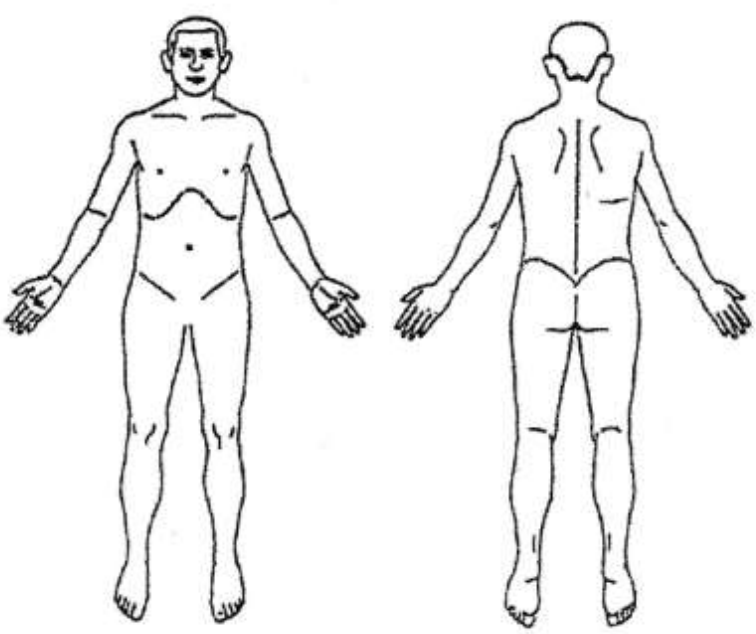
記載日＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

（不明の所は空欄にしてください。必要に応じて医師が確認します。）

問 1. お名前＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢＿＿＿歳（乳児＿＿＿ヶ月）体重　＿＿＿kg

問 2. どのような症状で、いつから現れましたか？

問 3. 症状のある場所に○印をつけてください。



問 4. かゆみはありますか　　□ない　□ある

問 5. 痛みはありますか　　□ない　□ある

問 6. 現在、治療中の病気はありますか？

□ない　□ある（例. 高血圧症で 10 年前から○○医院で内服治療をしている。）

問 7. 現在処方されているお薬はありますか？

□いいえ　□はい（　　）

※1 マイナ保険証による情報取得に同意された方は、直近 1 ヶ月以内の処方を除いて記載は省略可です

※2 お薬手帳や説明書をお持ちの方は提出していただければ記入不要です

うらに続きます

問 8. 飲み薬、注射、食べ物でアレルギーが出たことはありますか？

□ない　　□ある （例. かぜ薬でじんましんが出た。）

問 9.　女性のみ

妊娠している可能性はありますか？　□いいえ　□はい（妊娠　　週）　□わからない

授乳中ですか？　□いいえ　□はい