

皮膚科問診票

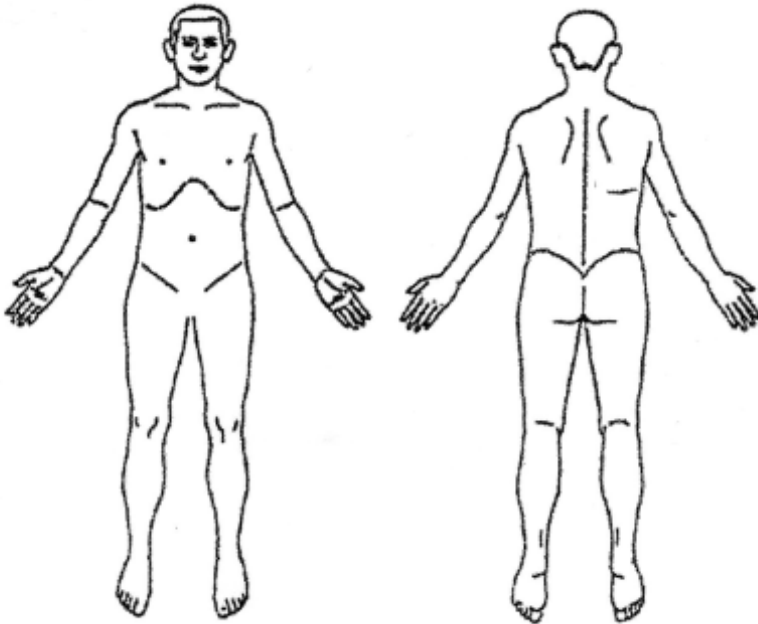
記載日_____年_____月_____日

(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 年前から〇〇医院で内服治療をしている。)

問 7. 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。)

(次の問は女性の方だけです。)

問 8. 現在、妊娠している可能性はありますか？ ない ある (妊娠_____週)