

## 【問診票（皮膚科）】

ふりがな	生年月日	性別
氏名	年 月 日	
〒 ご住所 クリニックからのお知らせの郵送 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	連絡可能な 電話番号 ( ) -	携帯・自宅

### 【お困りの内容】

- かゆみ  湿疹  蕁麻疹  アトピー性皮膚炎  ニキビ  水虫  粉瘤  かぶれ  とびひ  
 稗粒腫  皮膚腫瘍

- ①一番困っていること、相談したいことは  
( )
- ②それらの症状はいつからですか？  
( )
- ③健診やこれまでどこかの医療機関でそれらの症状について何か説明を受けましたか？  
( )
- ④これまで病院にかかるような病気をされましたか？  
(病名： )
- ⑤ご家族で同じような病気や症状があるかたはいらっしゃいますか？  
( )
- ⑥またその他にご家族で以下の病気の方はいらっしゃいますか？  
(脳梗塞・心臓病・高血圧・悪性腫瘍(がん)・膠原病/リウマチ・その他 )
- ⑦おタバコ(電子タバコ含む)を吸われますか？何歳からでどのくらいですか？  
吸ったことはない・吸う( 歳から 一日平均 本)・吸っていた( 歳から 歳ま  
で 一日平均 本)
- ⑧お酒は飲みますか？  
毎日飲む( 杯)・時々飲む(頻度 )・飲まない
- ⑨差し支えなければお仕事を教えてください  
( )
- ⑩海外に最近行かれましたか？  
( 日前・渡航先 )
- ⑪お薬で調子が悪くなったことはないですか？  
ない・ある(薬の名前： 症状： )
- ⑫いま飲まれているお薬(市販薬含む)・健康食品を教えてください  
( )
- ⑬アレルギーの病気はないですか？  
(特に、喘息や薬で調子が悪くなったことはないですか？)  
ある(病名 )・ない
- ⑭女性の方へ  
現在妊娠している・妊娠の可能性ある(すこしでも)・まったくない
- ⑮体温  
( °C、平熱 °Cくらい)