

皮膚科問診票

ID: _____ 名前: _____ 日付: _____ 年 _____ 月 _____ 日

〈ご来院について〉

1. 本日は初診ですか？再診ですか？

・ 初診 ・ 再診（前回と同じ症状 ・ 前回と違う症状）

2. 症状について

本日、一番お困りの症状は何ですか？

(_____)

3. どのような症状がありますか？（あてはまるもの全てに○）

赤み・かゆみ・痛み・乾燥・できもの

ほくろ・やけど・キズ・タコ・ウオノメ・水虫

その他 (_____)

4. その症状はいつ頃からですか？

5. 症状がある部位に○をつけてください。 →

〈治療歴・既往歴など〉

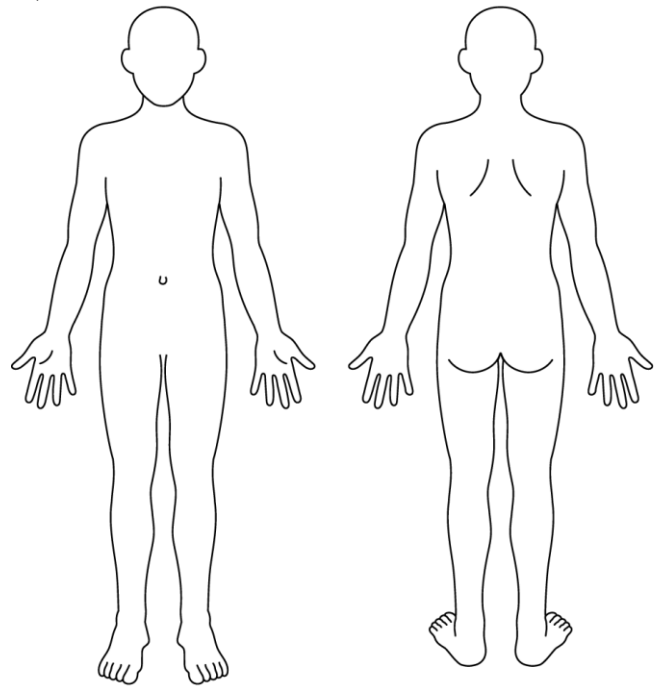
6. この症状で、他の医療機関で治療を受けましたか？

いいえ ・ はい

↓

病院名: _____

治療内容: _____



7. 現在、治療中の病気はありますか？

ない・ある → （喘息、アトピー性皮膚炎、花粉症・アレルギー性鼻炎・高血圧・糖尿病
心臓病、腎臓病、肝臓病、その他 (_____))

8. 現在、使用しているお薬はありますか？（飲み薬、塗り薬、注射、サプリメントなど全て）

ない・ある → お薬の名前: _____

お薬手帳はお持ちですか？（はい ・ いいえ ・ 忘れた）

9. アレルギーはありますか？

ない・ある → 原因:（薬: _____、食べ物: _____、その他 _____）
症状: _____

〈女性の方への質問〉

10. 現在、妊娠していますか？（または、その可能性がありますか？）

いいえ ・ はい

現在、授乳中ですか？

いいえ ・ はい