

○問 診 票○

【下記の該当する項目について記入、もしくは○で囲んでください】

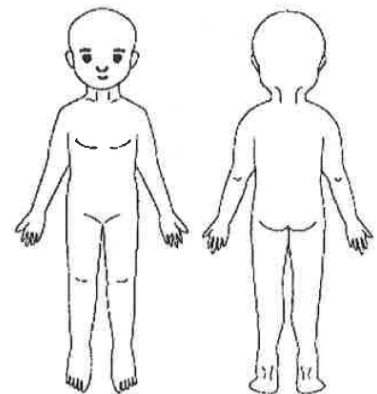
氏名：	生年月日：	年	月	日	年齢：	歳
住所：〒						
電話番号：	携帯電話：					
性別：	身長：	cm	体重：	kg	職業：	
・薬の副作用が出たことはありますか？ 【いいえ】【はい】（薬品名 _____ ）						
・女性の方に伺います 妊娠されていますか 【いいえ】【はい】（ ____ ヶ月） 【可能性がある】						
現在授乳中ですか 【いいえ】【はい】						

①どんな皮膚症状で来院されましたか 該当箇所を○で囲んでください

赤い かゆい 痛い 水ぶくれ できもの いぼ はれている
 その他（ _____ ）

②皮膚症状の経過を詳しく書いてください

また、右の絵で症状のある部位に○を書いてください。



それはいつ頃からの症状ですか
 （ _____ 頃から）

③他の病院で診察を受けたことがありますか 【いいえ】【はい】

【はい】を選択された方へ 下記の項目で該当箇所をご記入ください

	最近受診した病院	一つ前の病院	二つ前の病院
いつごろ			
病院名			
治療内容・ 処方された薬品名など			

③現在治療を受けている皮膚科以外の病気がありますか 【いいえ】【はい】

【はい】を選択された方へ 下記項目をご記入ください。

（病名： _____ いつから： _____ 病院名： _____ ）

④タバコを吸いますか 【いいえ】【現在やめている】【はい】(本/1日を 歳から)

⑤アルコールを飲みますか 【いいえ】【はい】

【はい】を選択された方へ 下記項目をご記入ください

(ビール mL、日本酒 合、焼酎 杯、水割り 杯、その他)を

(ほぼ毎日、一週間に__日、一カ月に__日)

⑥本人または家族に書きの病気の方がおられますか

A.気管支喘息 【ない】【ある】→本人・(続柄:)

B.湿疹(アトピー) 【ない】【ある】→本人・(続柄:)

C.鼻アレルギー 【ない】【ある】→本人・(続柄:)

D.眼アレルギー 【ない】【ある】→本人・(続柄:)

E.じんましん 【ない】【ある】→本人・(続柄:)

F.蕁麻疹 【ない】【ある】→本人・(続柄:)

⑦かゆみや湿疹が悪化する時期はありますか 【いいえ】【わからない】【はい】

【はい】を選択された方へ その時期に○をつけてください

→1月・2月・3月・4月・5月・6月・7月・8月・9月・10月・11月・12月・一年中

⑧金属・薬品・化粧品・ゴム製品で湿疹ができたことがありますか 【いいえ】【はい】

【はい】を選択された方へ その製品名をご記入ください

()

⑨食物を食べて1~2時間以内にアレルギー症状が出たことがありますか 【いいえ】【はい】

【はい】を選択された方へ どんな症状()

食べたもの()

⑩ペットを飼っていますか 【いいえ】【はい】

【はい】を選択された方へ ペットの種類をご記入ください

()

⑪治療にステロイド剤を使用してもよろしいですか

【いいえ】【できれば使いたくない】【わからない】【はい】【現在使用中】

⑫前の病院での不満はどんなことですか 下記にご記入ください

()

⑬その他、お聞きになりたいことがありましたら、ご記入ください

~ご協力ありがとうございました ご記入後、受付にご提出ください~