

# 皮膚科問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	
お名前	(男・女)	年 月 日 (歳)	
TEL		現在の体温	℃

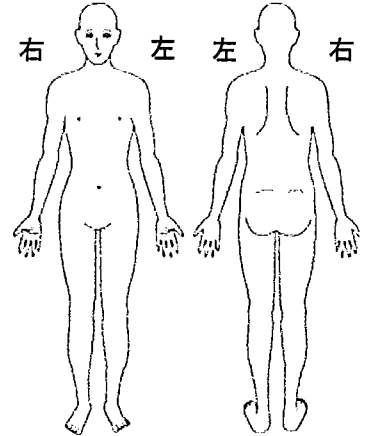
以下の質問にお答えくださるようお願いいたします。(該当する□にはレ点)

■いつ頃からどのような症状でお困りですか？

年 月 日から

症状 かゆい 痛い 痛くもかゆくもない  
傷がある 腫れている 発疹 汗  
 その他

※該当する症状  
のところに○を  
してください



治療歴 なし

あり ( 内服薬 塗り薬 )

■レーザー治療を希望されますか (シミ、蒙古斑など)

はい いいえ

※他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は事前に窓口へお持ちください

■現在、治療中の病気や服薬中の薬はありますか？ (内服ありの方は診察時お薬手帳をお出しください)

なし あり

病名： \_\_\_\_\_ 医療機関名： \_\_\_\_\_

お薬の名前： \_\_\_\_\_

■今までに大きな病気や入院、手術をしたことがありますか？ はい いいえ

\_\_\_\_\_ 歳 病名： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_ 通院 入院 手術

\_\_\_\_\_ 歳 病名： \_\_\_\_\_

医療機関名： \_\_\_\_\_ 通院 入院 手術

■お薬や食品でアレルギーはありますか？ ■ほかにアレルギーはありますか？

なし あり ( \_\_\_\_\_ ) なし あり ( \_\_\_\_\_ )

■たばこを吸いますか

吸う \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 年間 ・ 以前吸っていた \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 歳頃～ \_\_\_\_\_ 歳頃 \_\_\_\_\_ 年間  
 吸わない \_\_\_\_\_ ・ 周囲にたばこを吸う人がいる

■お酒は飲みますか

飲む 何を ( \_\_\_\_\_ ) ・ どのくらい ( \_\_\_\_\_ ) /日  
 飲まない

■<女性の方のみ>現在、妊娠中もしくは授乳中ですか

妊娠： はい いいえ 可能性あり 妊娠中の方→ ( \_\_\_\_\_ ) ヶ月

授乳： はい いいえ

■マイナ保険証の診療情報取得の同意 (同意した ・ 同意していない)

※情報取得に同意した方の処方情報と特定健診情報を取得、活用する場合があります

■その他、お気づきのこと等あればご記入ください

ご記入ありがとうございました。