

問診票

皮膚科

(西暦) 年 月 日

診療の参考にさせていただきますので、問診票の記入にご協力下さい。書ける範囲で結構ですが、重要な情報ですので、可能な限り記載していただきますようお願い致します。

ふりがな		生年 月日	(西暦)	年	月	日	歳
氏名							

ご住所（郵便番号からご記入下さい）

〒 _____

電話番号（市外局番からご記入下さい）

携帯番号

() - _____ - _____

1. 今日はどのようなことでおいでになりましたか？
2. いつ頃からお気づきになりましたか？
3. そのことについて他の医師に診てもらったことがありますか？ ある ない
「ある」の場合、そこではどのような説明を受けましたか？
4. ①現在飲んでいる薬がありますか？ ある ない
②現在飲んでいる栄養剤、ビタミン、漢方薬、市販の薬等がありますか？ ある ない
①または②で「ある」の場合は、分かる範囲で薬の名前と量を書いて下さい。
薬の名前 ()
5. これまでに薬等でアレルギー等の副作用（じんましん、顔や体が腫れる、胸が苦しくなる等）を経験したことがありますか？ ある ない
「ある」の場合、どんな薬で、どのような症状でしたか？
薬・症状 ()
6. 今までに、病気やけが、入院、手術等の経験がありますか？
あるいは、現在通院中の病気がありますか？ ある ない
「ある」場合は、その時期と内容について教えて下さい。
病名 ()
7. どのようなお仕事をされていますか？
8. お酒を飲みますか？
毎日 週 日 ほとんど飲まない 飲まない やめた (歳)
9. タバコを吸いますか？
はい (1日 本、 歳から) 吸わない やめた (歳)