

皮膚科問診票

フリガナ

名前

_____ (才) 診察券No _____

(代筆者氏名

続柄

)

* 保険証・ご住所・ご連絡先の変更がある場合は、お申し出下さい。

前回と同症状の方 (前回からの症状の経過・様子をお書き下さい)

調子が良いので、同じお薬継続希望 前回受診日 年 月 日

前回と別症状の方 (下記症状で当てはまるものにチェックしてください)

●いつから ()

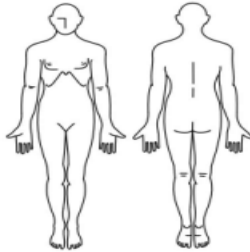
かゆい 痛い 腫れ 水疱が出来ている 湿疹・かぶれ

じん麻疹

アトピー にきび 水虫 イボ ほくろ できもの

その他 ()

●今回の症状のある部位: 下の図に印をつけてください



お子様 体重

Kg

●上記の症状に対して治療を受けたことはありますか？

はい \longrightarrow いつ？

どちらで？

いいえ 治療内容

●内服中のお薬はありますか？ はい() いいえ

お薬手帳お持ちの方はお出してください。

●アレルギーはありますか？ はい() いいえ