



医親会

海上ビル診療所
03-3212-7690

皮膚科問診票

診療所使用欄

ストッキング確認済

お化粧品確認済

氏名		生年月日	年 月 日	日中の連絡先	必要時診療所から連絡可能な電話番号をご記入ください。
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある	薬剤名()			
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある	種類()			

★顔の症状の方はお化粧品を落としてお待ちください。

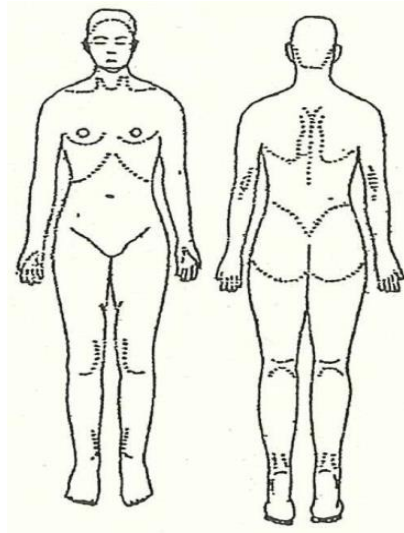
★脚に症状のある方はすぐに診察ができるようにタイツ、ストッキングなどは脱いでお待ちください。

どの部位の症状ですか？

症状のあるところに○をつけてください。 →

どのような症状ですか？

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 発赤 |
| <input type="checkbox"/> できもの | <input type="checkbox"/> かゆみ |
| <input type="checkbox"/> 湿疹 | <input type="checkbox"/> しみ |
| <input type="checkbox"/> ほくろ | <input type="checkbox"/> やけど |
| <input type="checkbox"/> 水虫 | <input type="checkbox"/> じくじくしている |
| <input type="checkbox"/> その他() | |



症状はいつ頃からですか？

_____年 _____月 _____日

現在内服している薬はありますか？

いいえ はい: 薬剤名()

既往歴 (病気、手術 など)

なし あり { 歳 病名
手術: }

妊娠している可能性がありますか？

いいえ はい (妊娠週数 _____ 週) 授乳中

余白
(切り取り)

余白

※大変お手数ですが、点線に沿って余白部分を切り取りのうえ、『問診票』をお持ちください。