

なかむら皮フ科 問診票

ふりがな

お名前

性別

男

女

明治 大正 昭和 平成

生年月日

年 月 日 (歳)

体重

(中学生以下はご記入下さい)

kg

〒

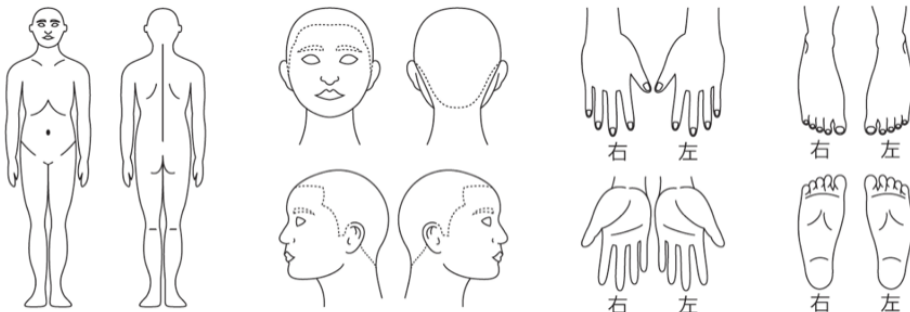
住 所

電話番号

自宅☎

携帯・スマホ

本日診てもらいたい症状は、どんな症状ですか？症状と部位に○を記入して下さい。



かゆみ、いたみ、赤み、かさかさ、ぶつぶつ、腫れ、水ぶくれ、虫刺され、とびひ、ニキビ、いぼ、タコ、ウオノメ、脱毛、水虫、できもの、ホクロ、その他 ()

その症状は、いつ頃 気づきましたか？

現在、この症状で治療を受けていますか？ はい いいえ 市販薬を使用(名前:)

「はい」の方→病院名 ()
飲んでいるお薬を教えてください (お薬手帳を受付にお出しいただくか、記入して下さい)

☆その治療方法や薬で症状はどうなりましたか？ 良くなった 変わらない 悪くなった その他 ()

現在、皮膚科以外の科に通院していますか？ はい いいえ

「はい」の方→病院名 () 病名 ()

現在内服しているお薬を教えてください (お薬手帳を受付にお出しいただくか、記入して下さい)

今までに薬や食物でアレルギー反応を起こしたことがありますか？ はい いいえ

「はい」の方→薬や食物名と症状を教えてください:

裏にも記入してください。

今までにかかった病気について教えてください

今までに肝臓や腎臓の異常を指摘されたことがありますか？ はい いいえ

睡眠について、教えてください。

寝る時間 (午後・午前 時ころ)、起きる時間 (午前・午後 時ころ)、睡眠時間 約 時間

タバコは吸いますか？ はい → (1日 約 本)、いいえ

お酒を飲みますか？ はい いいえ

「はい」の方 → 1日飲む量を書いて下さい (例; 1日にビール350ml2缶とワイングラス3杯、週に3日など)

その他、とくに心配なことや、気になること、聞いておきたいことがあれば、お書き下さい。

以下は女性の方のみお答えください。

現在、妊娠中ですか？ はい (妊娠 週) いいえ 可能性あり わからない

現在、妊活中ですか？ はい いいえ

現在、授乳中ですか？ はい いいえ

