

皮膚科問診票



袖ヶ浦メディカルクリニック
Sodegaura Medical Clinic

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒		
携帯番号			
電話番号			

体温 ℃

どんな症状ですか？
 かゆい 赤い ブツブツ カサカサ・乾燥 腫れ 痛い 水ぶくれ キズ・けが 虫刺され
 タコ/うおのめ にきび 水虫 ほくろ やけど しこり アトピー じんましん
 その他 ()

症状はいつ頃からありますか？ 約 () 日・週間・ヶ月・年前から

症状のある部位を○で囲んでください。

受診以前にこの症状で何か治療されましたか。
 場所 () 薬の名前 ()

現在、治療中の病気はありますか？ なし あり ()

現在、飲んでいるお薬はありますか？ なし あり ()

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？
 なし あり ()

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり ()

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？
 いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

当院をどちらでお知りになりましたか？
 インターネット 看板 知人 通りがかり その他 ()