

問診票(皮膚科)

ID _____
Scan
Ns

氏名(カナで): _____

性別: 男・女 → 妊娠していない

妊娠中(週) 出産予定日(年 月 日)

授乳中

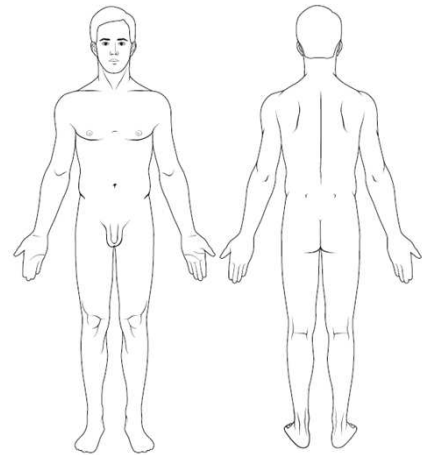
年齢: _____ 歳

身長(_____._____)cm 体重(_____._____)kg

いつから _____

どこに _____

どんな症状が _____



異常のある部位をお示し下さい

いままでにかかったことのある病気(○をつけて下さい)

・なし

・狭心症・不整脈・緑内障・前立腺肥大・ぜんそく・高血圧・糖尿病・脂質異常

・うつ病・癌・バセドウ病・アレルギー(薬剤・花粉・食物・金属・アトピー)

・口唇ヘルペス・陰部ヘルペス・帯状疱疹(部位: _____)

詳細・その他: _____

治療中の薬剤名: _____

ケミカルピーリング、ハイドロキノン外用など保険外の治療について

効果が期待できる場合は、治療の選択肢として説明を希望 する・しない