

# 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) ・授乳中

年齢： \_\_\_\_\_ 歳

身長 ( \_\_\_\_\_ ) cm      体重 ( \_\_\_\_\_ ) kg

いつから \_\_\_\_\_

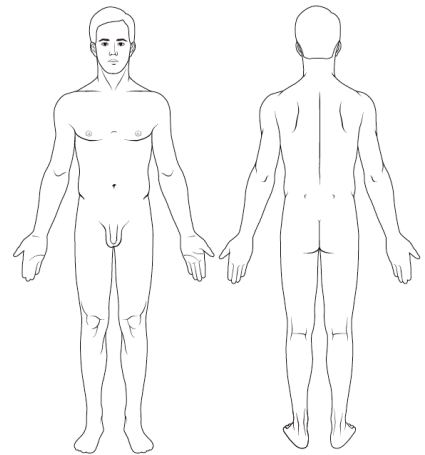
どこに \_\_\_\_\_

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