

問診票 (皮ふ科・アレルギー科)

令和 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日 性別・年齢	大・昭・平・令 男・女	年 月 日 歳
住所	〒			
電話番号	— —			

① 今日はどうされましたか？症状にチェックしてください
症状がある部位に○印をつけてください

- かゆい 痛い はれている
 できもの やけど ニキビ
 その他 ()

② いつ頃から症状がありますか？

()

③ この症状で治療を受けていますか？

- はい いいえ

↳ (治療内容:)

④ これまでにかかった病気と、いま飲んでいるお薬はありますか？

(※当院の受診が2回目以降のかたは、変更がなければ記入不要です)

- はい いいえ

↳ (病名:)
(飲んでいる薬:)

⑤ お薬・食品・金属などにアレルギーがありますか？

(※当院の受診が2回目以降のかたは、変更がなければ記入不要です)

- はい いいえ

↳ 薬 () ・食物 ()

金属 () ・その他 ()

↳ どのような症状が出ましたか？ ()

⑥ ※女性の方のみ記入してください。現在、妊娠中ですか？

- はい いいえ

↳ 妊娠している ・可能性がある ・授乳中

⑦ 心配なこと、治療に対してのご要望があればお書きください

()

