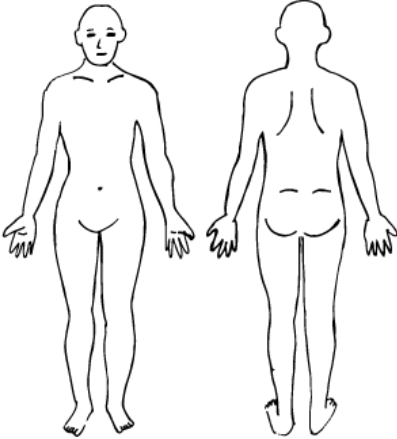


# 皮膚科問診票

記入日： 年 月 日

お名前		性別	男・女
生年月日	昭・平・令 年 月 日	血液型	
住所	〒		
電話番号			
身長	cm	体重	kg
			体温 °C
<p>■今日はどうな症状で来院されましたか？ 症状に○をつけてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・しっしん ・かぶれ ・かゆみ ・水虫</li> <li>・ヘルペス ・できもの ・水いぼ</li> <li>・アトピー、乾燥肌 ・ニキビ ・イボ</li> <li>・タコ ・ウオノメ ・その他</li> </ul>		<p>症状のある部位に○をつけてください。</p> 	
■いつ頃からその症状がありますか？			
現在お薬を飲んでいますか？		ない・ある ( )	
現在治療中の病気はありますか？		ない・ある ( )	
お薬や食べ物等にアレルギーはありますか？		ない・ある ( )	
大きな病気をされたことはありますか？		ない・ある ( )	
手術をされたことはありますか？		ない・ある ( )	
女性の方にお尋ねします。			
■妊娠されていますか？		いいえ・わからない・はい ( 週目)	
■授乳中ですか？		いいえ・はい	