

問診表

フリガナ

名前 _____ 様

生年月日 T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所

電話番号・自宅 (_____ - _____ - _____)

携帯 (_____ - _____ - _____)

① どんな症状のために来院されましたか？○で囲んでください。

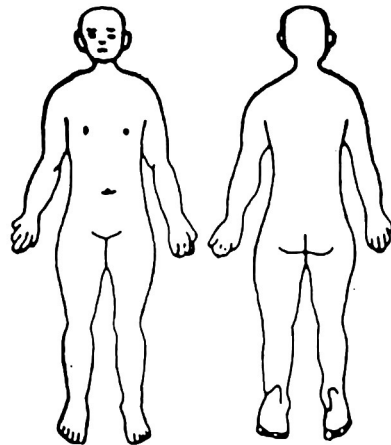
かゆい ・ いたい ・ いたがゆい ・ ムズムズする

ビリビリする ・ ひりひりする ・ 自覚症状なし

その他 (_____)

② 皮疹の部位はどこですか？

○で囲んでください。



③ その症状はいつ頃からですか？

_____ (日 ・ 週 ・ 月 ・ 年) 前頃から

④ 他の病院で皮膚の治療を受けましたか？

はい (_____ 医院・病院) ・ いいえ

⑤ 現在治療中の病気（皮膚科以外何でも）ありますか？

はい (病名 _____) ・ いいえ

----- 切り取り線 ✂ -----

⑥ 現在何か飲み薬を飲んでいますか？

はい (の薬) ・いいえ

→はいの方は、お薬手帳を受付にお出してください。

⑦ 今まで薬や食物によるアレルギーはありますか？

はい (薬 ・食物 ・その他) ・いいえ
薬剤名 ()

⑧ 女性の方にお聞きします？現在妊娠中または授乳中ですか？
(飲み薬に関係します)

妊娠中 ・授乳中 ・どちらでもない

⑨ 今までに、かぜ薬、かゆみ止め、花粉症の薬を飲んで、ねむ
け、だるさがでたことが有りますか？

はい ・ いいえ ・ わからない

⑩ 今までに、けいれん・ひきつけ（熱性けいれんを含む）を起こ
したことがありますか？

はい (歳頃) ・ いいえ

⑪眼科で、眼圧が高い、緑内障と言われたことが有りますか？

はい ・ いいえ

⑫男性の方にお聞きします。前立腺肥大症と言われたことは有
りますか？

はい ・ いいえ

⑬車・バイクを運転しますか？

毎日する ・時々する ・ほとんどしない ・しない