

皮膚科問診表

お名前 _____ (男 ・ 女)

年齢 _____ 歳

1. 今回はどのような症状がありますか。

[_____]

2. 1の症状はいつからありますか。

[_____]

3. 1の症状についてこれまで治療を受けたことがありますか。 はい・いいえ
”はい”とお答えになった方はいつ頃どのような治療を受けられたか
ご記入ください。

[_____]

4. 現在、他の病気で治療中のものはありますか。 はい・いいえ
”はい”とお答えになった方は病名と使用されている薬についてご記入ください。

[_____]

5. 薬のアレルギーはありますか。 はい・いいえ
”はい”とお答えになった方は薬名をご記入下さい。

[_____]

6. 現在妊娠中、または授乳中ですか？ はい・いいえ

[_____]