

皮膚科問診票（初診用）

月 日

男・女

(フリガナ)  
お名前

ご住所

才

電話番号

(携帯番号)

1) 本日はどうなさいましたか？

\*かゆいところがある。

\*ぶつぶつがある。

\*ヤケドした。

\*できもの・イボ・ホクロがある。

\*水虫かも。

\*その他 ( )

2) いつごろから \_\_\_\_\_

3) 悪い所を右の絵に印をつけてください

4) 何か薬を塗ったり、飲んだりしていますか？

はい ・ いいえ

お薬 ( )

血液サラサラの薬を飲んでいますか？

はい ・ いいえ

お薬 ( )

※お薬手帳があれば、ご提示ください。

5) アレルギーはありますか？

はい ・ いいえ

薬・注射・麻酔薬・アトピー・喘息・食べ物・その他

( )

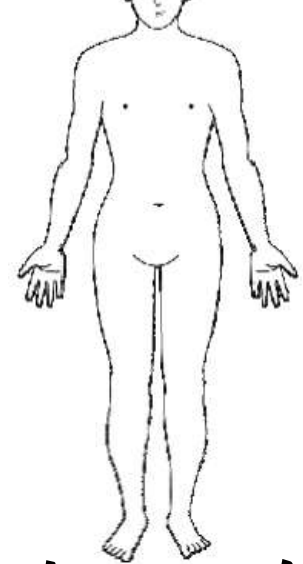
5) 女性の方へ

現在妊娠の可能性はありますか？

いいえ

はい (                      )ヶ月                      (                      )週)

右 左



左 右

