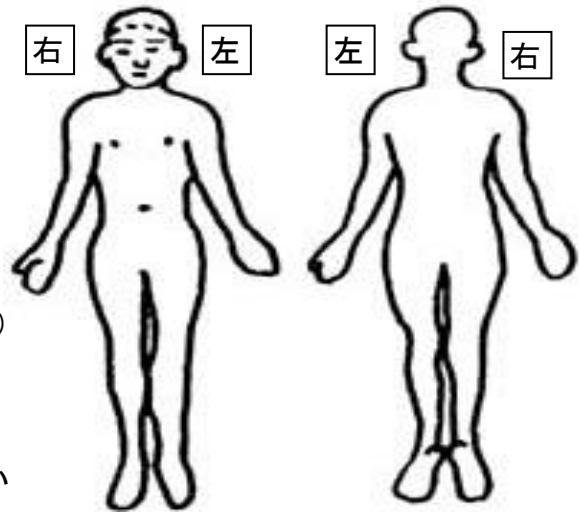


皮膚科 問診票

氏名	薬・注射による副作用 無・有 薬品名( )		
	アレルギー 無・有 花粉・食物・金属・その他( )		
年齢	才	男・女	女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/>
身長	cm	体重	Kg 1ヶ月以内に海外に行かれましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
今までに大きな病気をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )			
今までに手術をされたことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )			
現在内服中の薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(PL病院・他院) お薬手帳持参 無・有			
現在使用中の塗り薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )			
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う	1日平均 ( )本	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した ( )年前から
お酒	<input type="checkbox"/> 飲む	1日に飲む量( )	( )回/週 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 禁酒した ( )年前から
介護保険の申請	なし・あり	( 要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5 )
利き手はどちらですか 右 左			
今回の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )			

来院理由 当てはまる項目にチェックを入れてください

- かゆみ
- 痛み
- できもの (  赤み  熱感  膿が出る  腫れている )  
(  切除希望 )
- 発赤
- かさつき
- 腫れがある
- ぶつぶつ
- 虫刺され( 月 日 時頃) 何に( )
- ほくろが心配 (  切除希望 )
- にきび
- 巻き爪
- シミ ※正確な診断のために、お化粧を落としておいて下さい
- 体の片側だけに発疹と痛みがある
- 強い痛みがあり腫れている(熱感がある)
- 最近飲み始めた薬やサプリがあり、それからの発疹
- 発疹があり息がしにくい
- 痒みを伴う水ぶくれが多数ある
- 水いぼを取りたい  
※本日水いぼ摘除希望の場合、診察から終了まで
- 2週間以内に、麻疹・風疹・水痘の人と接触した
- 全身に発疹があり、37.5度以上の熱がある
- 2週間以内に疥癬の人と接触した事があり体中が痒い
- その他 右の枠内にご記入ください



〈症状について ご自由にご記入下さい〉

その症状はいつからありますか 月 日頃から

看護師 サイン