

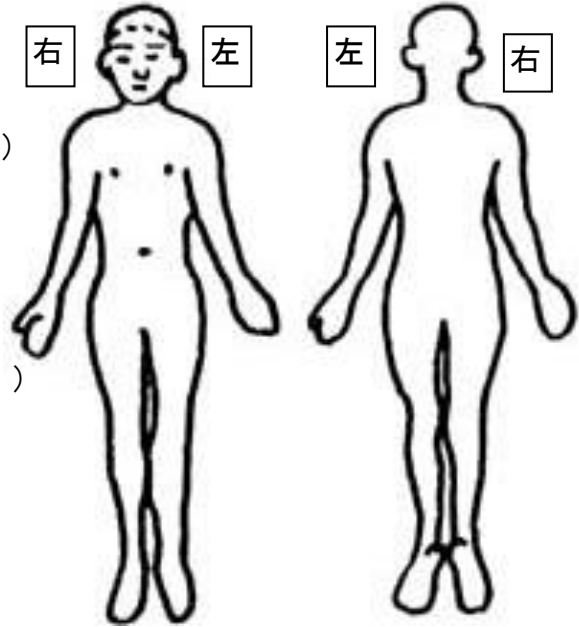
皮膚科問診票

◎ 太枠内のみご記入ください

氏名		薬・注射による副作用 無・有()
		アレルギー 無・有()
年齢	才 男・女	消毒や湿布などでかぶれた経験 無・有()
体重	Kg 身長 cm	〈症状のある部分に○をつけて下さい〉

〈当てはまるところにチェックを入れて下さい〉

- 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
 - 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
1時間半～2時間位時間が必要となります →
- 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〉

- 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

その症状はいつからですか? 月 日頃から

上記の症状で医療機関(病院・診療所)を受診されましたか いいえ はい()

現在内服中の薬はありますか いいえ はい(PL病院・他院)⇒お薬手帳持参 無・有

現在塗っている薬はありますか いいえ はい()

今までにかかった大きな病気・治療中の病気がありますか いいえ はい()

1ヶ月以内に海外に行かれましたか? いいえ はい

介護保険の申請 : なし 有 (要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5)

女性の方のみご記入下さい 妊娠中 授乳中

※検査や処置の内容により 順番が前後する場合があります。ご了承ください。 MC NS