

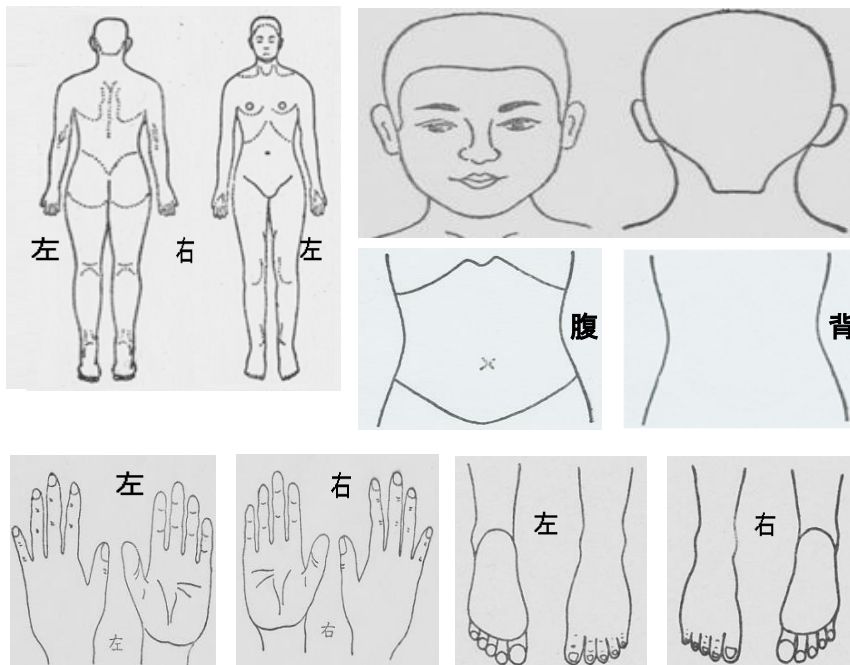
No. \_\_\_\_\_

## 皮膚科問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ	性別		女性(成人)の患者様へのご質問		
名前	男・女	妊娠の可能性は、ありますか。 はい・いいえ		妊娠中	授乳中
生年月日	明治・大正 昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)			体重	kg
住所・電話番号 (初診のみ)	〒 _____ 安中・高崎・富岡・前橋・( ) 市・区 _____ 町 _____ 番地		TEL 自宅: _____ 携帯電話: _____		

問1. 現在、他の病院に入院中ですか。 【はい・いいえ】

問2. 本日はどのようなご相談で来院されましたか。  
下の図に症状のある部位と右の項目に○をつけて下さい。

- 1) かゆみがある
- 2) 痛みがある
- 3) ヒリヒリする
- 4) 水疱がある
- 5) 皮が剥ける
- 6) 赤みがある
- 7) イボ・水イボ
- 8) 蕁麻疹
- 9) 虫刺され
- 10) とびひ
- 11) 水虫
- 12) 带状疱疹
- 13) 疥癬
- 14) 脱毛
- 15) ニキビ
- 16) ほくろ・あざ・しみ
- 17) できもの・しこり
- 18) ウオノメ・タコ
- 19) 巻き爪
- 20) やけど
- 21) ケガ

(その他: \_\_\_\_\_)  
※アトピー性皮膚炎と言われたことはありますか。  
【はい・いいえ】

問3. 症状はいつごろからですか。  
【今日・昨日・一昨日・3日前・1週間前・1カ月前・それ以外( )】

当てはまる方は○をつけて下さい。

- ①. 疥癬(かいせん)の疑いがある
- ②. 介護施設利用者または看護・介護の仕事をしている
- ③. まわりに ① のひとがいる
- ④. まわりに ② のひとがいる

問4. 現在、他に治療中の病気はありますか。 【はい・いいえ】  
病名( )

常用しているお薬のある方は、お薬手帳を提出して下さい。  
服用しているサプリメントがあればご記入下さい。( )

問5. 今までに、どんな病気にかかりましたか。また、治療をうけたりしたことがありますか。

1. アトピー性皮膚炎
2. アレルギー性鼻炎(花粉症)
3. 胃潰瘍
4. 肝疾患
5. 膠原病
6. 高血圧
7. 心臓病
8. 腎疾患
9. 喘息
10. 前立腺肥大
11. 糖尿病
12. 輸血
13. 緑内障
14. 手術( )
15. その他( )

問6. 当医院をお知りになったきっかけは何ですか。

- ①ご家族
- ②知人からの紹介
- ③近所に在住
- ④ホームページ
- ⑤インターネットで検索
- ⑥広告・看板
- ⑦他・医療機関からの紹介
- ⑧その他( )

★ご記入ありがとうございました。待ち時間に外出されたい方はご遠慮なくお申し出ください。

宮下皮膚科医院