

No. _____

皮膚科問診票

記入日 令和 年 月 日

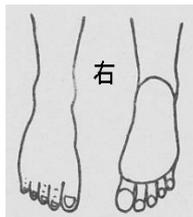
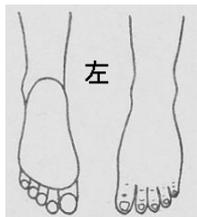
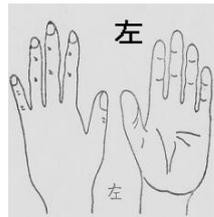
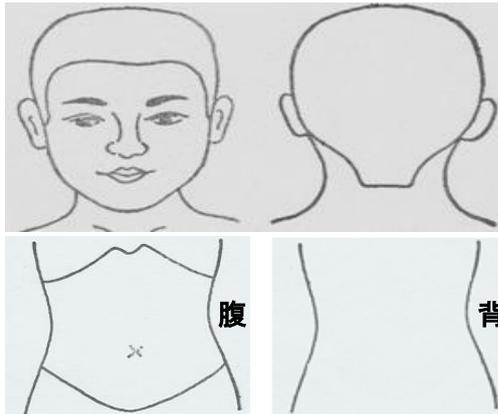
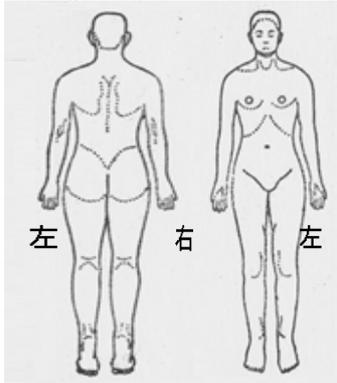
フリガナ					性別	女性(成人)の患者様へのご質問		
名前					男・女	妊娠の可能性は、ありますか。	妊娠中	授乳中
						はい・いいえ		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)				体重	kg		
住所・電話番号 (初めての方) (前回来院日 1年以上前)	〒 - 安中・高崎・富岡・前橋・()市・区 町 番地				TEL 自宅:	携帯電話:		

問1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。【はい・いいえ】

問2. 他の医療機関からの紹介状はありますか。【はい・いいえ】

問3. 現在、他の病院に入院中ですか。【はい・いいえ】

問4. 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) 帯状疱疹
- 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
- 22) 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5. 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6. 現在、他の医療機関に通院していますか。【はい・いいえ】

病院名() 受診日()
治療内容()
服用している薬をご記入下さい。※問1. にて【はい】を選んだ方は直近1ヶ月以内の薬のみご記入下さい。
()

問7. 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8. これまで薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか。【はい・いいえ】

原因となったもの()
症状()

問9. この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか。【はい・いいえ】

※問1. にて【はい】を選んだ方は下記の記載は不要です。
受診時期()
指摘された内容()