お名前（カタカナ）	

皮膚科 問診票

＊診察券のない方は診療申込書もご記入下さい

◎体重 〔　　.　　kg〕 ※小学生以下のお子様は必ずご記入下さい。

1.いつ頃からどのような症状でお困りですか。 （詳細は診察室でお話下さい。）

いつ頃からですか。 ＿＿＿＿＿＿＿＿

どのような症状ですか。 ＿＿＿＿＿＿＿＿

症状が出ている部位はどちらですか。 ＿＿＿＿＿＿＿＿

症状の原因は何ですか。 □交通事故 □仕事中・通勤中のケガ □不明

□その他（　　）

2.今までに薬剤でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

□いいえ □はい → 薬剤名： 症状：

3.今までに大きな病気・ケガ・手術歴などがありましたら記入して下さい。

□いいえ □はい →：

4.現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

□いいえ □はい →： お薬手帳 □あり □なし

ここからは成人の方のみご回答下さい

5.女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか □いいえ □はい □可能性あり

授乳中ですか □いいえ □はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。

平成30年10月1日