

松田知子皮膚科 問診票

お名前 _____ 殿 生年月日：大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 男・女

〒 _____

現住所 _____

電話番号 _____

本日受診の症状について

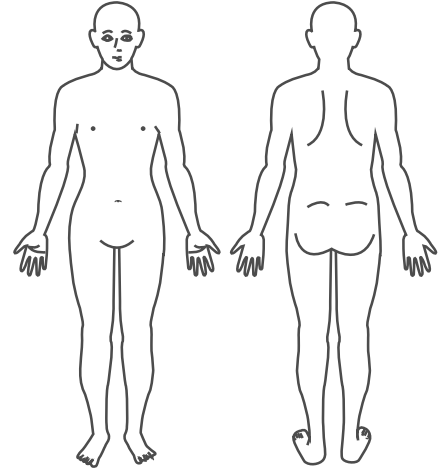
■いつからですか (例：数ヶ月前から、10歳頃から など)

■どの部位ですか？ 右の絵に印をつけてください。 →

■どんな症状ですか？ 当てはまるものに○をつけてください。

- ・かゆい ・痛い ・はれている ・じくじくする
- ・かさかさする ・ぷつぷつする ・切れている ・赤くなる
- ・アトピー性皮膚炎 ・蕁麻疹 ・水虫 ・いぼ ・にきび
- ・ケガ・ヤケド ・脱毛症 ・その他 ()

症状や経過などを具体的に書いてください。



■上の症状に対して検査や治療をしたことがありますか？ はい・いいえ

はいの方は、内容と治療の効果をわかる範囲で具体的に書いてください。

通院先 _____ で _____ と診断された

・検査 ・薬（内服・外用） ・その他

■現在通院中の病気はありますか？ はい・いいえ

通院先 _____ に _____ で通院中

■現在使用している薬や、サプリメント・健康食品はありますか？ はい・いいえ

はいの場合、具体的にお答えください。

■過去に大きな病気やケガをしたり、手術を受けたことがありますか？ はい・いいえ

はいの場合、具体的にお答えください。

■これまでに薬や食べ物で具合が悪くなったことがありますか？ はい・いいえ

はいの場合、具体的に原因と症状をお答えください。

■車を運転されますか？ 時々・毎日・いいえ

■お酒 _____ 回/週 _____ 量 ()

■タバコ _____ 本/日

■女性の方へ 妊娠しているかその可能性はありますか？ はい（妊娠 _____ 週）・いいえ

授乳中ですか？ はい・いいえ

■お子さんの方へ 体重はどのくらいですか？ 約 _____ kg