

皮膚科問診票

受診日 : _____

氏名 : _____ 生年月日 : _____

性別 : _____ 年齢 : _____

1) 調子が悪くなったのは、 いつ頃からですか？ 症状について詳しく ご記入下さい。	
---	--

2) 現在、他の病院(医院)で治療中の方はどのような病気で、何の薬を服用していますか？

3) 今までに大きな病気やけが(事故を含む)をされたことがありますか。 あるとお答えの方、いつ頃、どんな病気でしょうか？手術はされましたか？
<input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> ある

4) 次の病気を診断されたことはありますか？
<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症

5) アレルギーはありますか？ あるとお答えの方、原因となった薬、食物について、症状と共にお書き下さい。
<input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> ある

6) 女性の方のみご記入下さい。 ・ 現在、妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> はい (月) <input type="checkbox"/> いいえ ・ 現在、生理中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

7) 2週間以内に海外への渡航歴がありますか？
<input type="checkbox"/> はい(国名: _____ 帰国日: _____) <input type="checkbox"/> いいえ
または、上記の方との接触がありますか？
<input type="checkbox"/> はい(国名: _____) <input type="checkbox"/> いいえ

ID : _____

問診入力者 : _____