

皮膚科問診票

患者名	年齢	才	性別	男・女
記入者名	電話	記入年月日	年	月 日

下記の項目について今後の重要な診療の参考となりますので詳細にご記入下さい。

1. あなたは今回、どのような皮膚症状で来院されましたか。

()

その症状は、いつ頃から始まりましたか。 皮膚症状のある部位はどこですか。

() ()

2. 現在、皮膚科以外の病気にかかり、何か薬を飲んでいますか。

有 (病名) (薬の名前)

無

3. 過去に次の病気にかかったことがありますか。

1. 喘息 2. じんましんなどのアレルギー疾患
 3. 心臓病 4. 高血圧 5. 腎臓病 6. 肝臓病
 7. 糖尿病 8. 脳卒中 9. 胃腸障害

1 はい	2 いいえ	3 わかりません
------	-------	----------

○病名がわかったら○印をつけて下さい。

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

4. 上記以外に重大な病気にかかったり、あるいは手術を受けたり、あるいは入院したことがありますか。

1 はい	2 いいえ	3 わかりません
------	-------	----------

○病名がわかったら記載して下さい。

病名 ()

5. 現在までに注射、内服薬、外用剤、点眼薬、その他の薬で何か異常（局所や全身が赤く腫れたり、発疹ができたり、気分が悪くなったり、ショックになったりすることなど）が起こったことがありますか。

1 はい	2 いいえ	3 わかりません
------	-------	----------

その薬の名前（アスピリン、ピリン系剤、サルファ剤、ペニシリンなど）がわかったら記載して下さい。

薬品名 ()

6. 絶対に使用してはいけない薬品があれば記入して下さい。

()

7. 歯科の局所麻酔を使用して気分が悪くなったことがありますか。

1 ある	2 ない	3 使っていない
------	------	----------

8. 現在、妊娠していますか。

1 はい	2 いいえ	3 わかりません
------	-------	----------

9. 家族で同じような皮膚症状の人がいますか。

1 はい	2 いいえ	3 わかりません
------	-------	----------

10. 現在便秘、睡眠不足、月経異常があれば○印をつけて下さい。

1 便秘	2 睡眠不足	3 月経異常
------	--------	--------

11. あなたは自分の病気（悪性疾患などの場合をふくむ）を正確に知らせてほしいですか？

1. 良性、悪性にかかわらず知りたい。 2. 良性であれば知りたい。 3. 知りたくない。

12. あなたの病気の診断・治療について、他に特に説明してもらいたい人がありましたら、その方のお名前とあなたとの関係を書いて下さい。（何名でも結構です）

お名前 () あなたとの関係 ()
 お名前 () あなたとの関係 ()
 お名前 () あなたとの関係 ()