皮膚科問診票

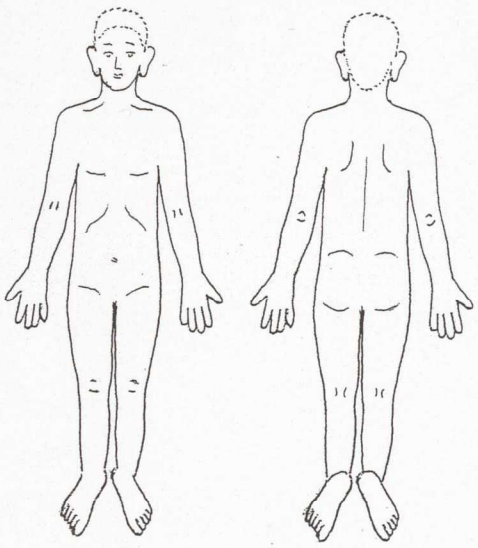
記入日　　月　　日

お名前　　年齢　　ご職業

①本日はどうされましたか。

・いつからですか。

・どんな症状ですか。（部位は右図にご記入下さい）



・痛みは　［　ある　・　ない　］

・かゆみは　［　ある　・　ない　］

・以前にその症状の治療をされていましたか。　［　はい　・　いいえ　］
（　「はい」の方　→　本日紹介状をお持ちですか。　はい　・　いいえ　）

・ご家族の中であなたと同じような症状の方はおられますか。［　はい　・　いいえ　］

②今まで、もしくは現在かかっておられる病気はありますか。［　ある　・　ない　］
（　「ある」の方は、以下の項目に○またはご記入下さい　）

高血圧　肝臓病　心臓病　糖尿病　腎臓病　結核　喘息　鼻炎
花粉症　アトピー性皮膚炎　その他（　　）
・いつも飲んでいる薬はありますか。（　　）

③今までに薬や食べ物で具合が悪くなったことはありますか。［　ある　・　ない　］

薬　： （症状　　）	食べ物： （症状　　）

④ご家族の方で以下の症状の方はおられますか。［　はい　・　いいえ　］
（　「はい」の方は、以下の症状に該当するご家族をご記入下さい　）

鼻炎（　　）　喘息（　　）　アトピー性皮膚炎（　　）

⑤医師に伝えておきたいこと、今後治療にあたってのご希望があればお聞かせ下さい。

□痛いという心配、不安がある。	□アレルギーの検査をしてほしい。
□今の症状が治まればよい。	□根治を希望する。
□経済的な面で不安がある。	□現在授乳中。
□現在妊娠している。（　　ヶ月）	□妊娠しているかもしれない。
□その他（　　）	

ご協力ありがとうございました。ご記入いただきました問診票は看護師にお渡しください。

京都民医連太子道診療所　皮膚科