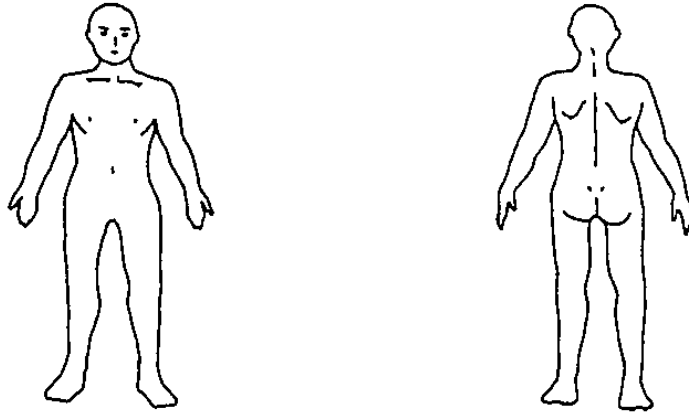


皮膚科問診票

お名前 _____ 男 ・ 女

下記の質問事項にご記入いただき、当てはまる項目に○をつけてください。

1) 診察を受けたいところを教えてください。



2) 今回の症状はいつからですか？ _____

3) 今回の症状につき他の医療機関で治療を受けたことがありますか？

はい ・ いいえ

4) アレルギー性疾患をお持ちですか？

アトピー性皮膚炎 ・ 花粉症 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 喘息

5) 薬によってアレルギーを起こし、発疹が出たことがありますか？

はい ・ いいえ

「はい」と答えた方で、薬の名前がわかる場合はご記入ください

薬の名前: _____

6) 現在妊娠していますか？ 《女性の方のみお答えください》

はい(週) ・ いいえ

記入日 年 月 日