

# 皮膚科を受診する患者さんへ

受信日 平成 年 月 日

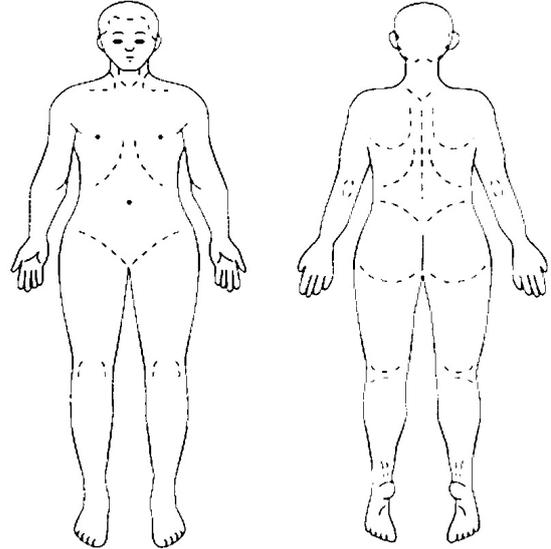
氏名 年齢 男・女

職業 ( ) 身長 cm 体重 kg

## 1 どこが悪いのですか

☆診察希望の場所を○で囲んで下さい→

- a かゆい
- b 痛い
- c その他 ( )



## 2 症状が出たのは何時からですか

( 年 月 日頃から )

## 3 治療をしましたか

- a いいえ
- b はい ( 病院で、薬店で、家庭薬 )  
薬 ( ぬり薬、内服薬、注射 ) [ ]

## 4 今までに皮膚病になったことがありますか

- a いいえ
- b はい ( 水虫、アトピー性皮膚炎、かぶれ、その他 [ ] )

## 5 アレルギーはありますか

- a いいえ
- b ( 喘息、アレルギー性鼻炎、薬剤 [ ] )

## 6 現在(または過去に)ほかの病気で治療していますか

- a いいえ
- b はい ( 内科、外科、小児科、産婦人科、その他 [ ] )  
薬の内容がわかれば記入して下さい  
( )

## 7 現在、妊娠していますか

- a いいえ
- b はい ( 妊娠 月 )