

皮膚科を受診する患者さんへ

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

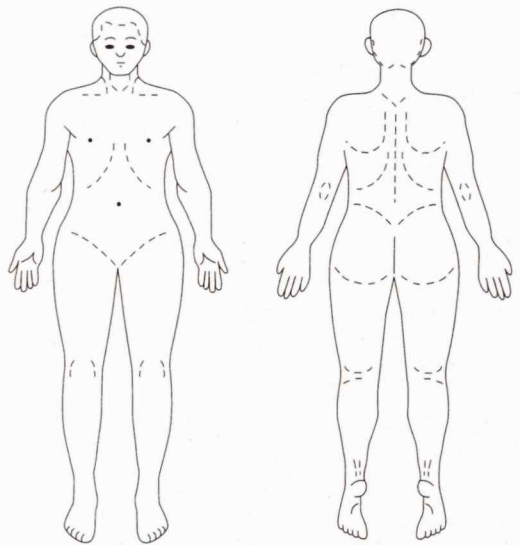
氏名 _____ 年齢 _____ 男・女

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 はい (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 _____ ヶ月)