

皮膚科 問診票

診療日
令和 年 月 日

医師記入欄

氏名() 年齢() 男・女
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日

1.どこに症状がありますか？

2.どのような症状ですか？

症状があるところに○をつけてください。

3.その症状はいつからですか？()頃

4.アレルギーはありますか？

なし・あり()

5.現在、他の病院に受診していますか？

なし・あり()

6.現在、飲んでいる薬がありますか？

なし・あり()

7.悪性の病気の場合告知を希望されますか？

なし・あり()

8.今まで入院・手術などしたことがありますか？

いいえ・はい()

9.既往歴はありますか？

いいえ・はい()

10.現在妊娠の可能性はありますか？

いいえ・はい()

