

皮膚科・形成外科 田所クリニック 問診票

年 月 日

今後の診療・援助の参考にさせていただきます。以下の質問にご協力をお願いします。

フリガナ

氏名 _____ (男 ・ 女) ご職業 _____

生年月日：明治 大正 昭和 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 歳

〒 _____

住所 _____

電話番号 _____ (緊急連絡先 _____)

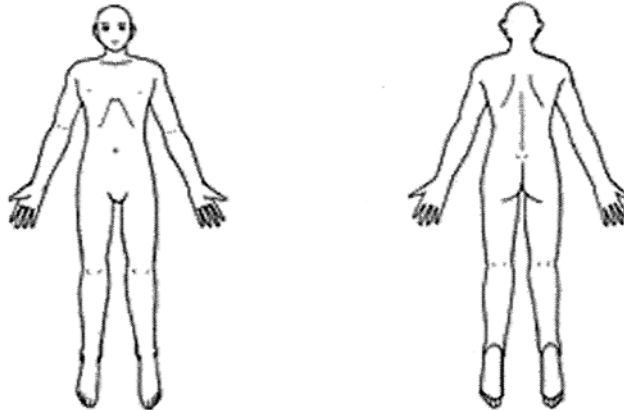
身長 _____ cm 体重 _____ kg 家族構成：独居 ・ 同居

※女性の方のみ：妊娠している ・ 妊娠可能性あり ・ 妊娠していない ・ 授乳中

1. いつ頃からですか？(診てほしい症状)

() 日前 ・ () 週間前 ・ () ヶ月前 ・ () 年前

2. 皮膚の症状があるところ(診てほしいところ)を図に記入してください



3. どのような症状がありますか？(診てほしい症状)

かゆい ・ 痛い ・ 発疹 ・ 切り傷 ・ 腫れ ・ 化膿 ・ やけど ・ おでき ・ いぼ
ほくろ ・ しみ ・ あざ ・ じんま疹 ・ かぶれ ・ アレルギー ・ 膠原病 ・ アトピー
静脈瘤 ・ 脱毛 ・ その他 ()

4. その頃からどうなってきましたか？

悪くなっている ・ 良くなっている ・ 良くなったり悪くなったり ・ 同じ症状が続いている

5. 何かきっかけはありますか？

ない ・ ある → ()

6. この病気で別の病院に診てもらったり、内服や外用している薬(塗り薬)はありますか？

ない ・ ある → 病院名 ()、薬剤名 ()

7. 今までにかかった病気・手術または入院の経験と、その時の年齢を書いてください

●【 】歳時 病名【 】 手術【有・無】 入院【有・無】

●【 】歳時 病名【 】 手術【有・無】 入院【有・無】

8. 現在みてもらっている病名と服薬されている薬剤名を書いてください

●病名【 】 薬剤名【 】

9. アレルギーがあれば、記載してください

●薬物 薬剤名【 】

●食物 食品名【 】

●その他 【 】