

皮膚科問診票（初診）

氏名 _____ 年齢 歳 職業 _____ 身長 _____ 体重 _____

いつからの症状ですか？

()

どこの部位に？

()

どんな症状がありますか？

()

ここへ来る前に別の病院で治療をしたことがありますか？
治療の内容、処方された薬がわかればお書き下さい。

()

他の科の病気はありますか？内服薬があればお書き下さい。

()

薬のアレルギーはありますか？

あり・なし

薬剤名

アレルギー性の病気はありますか？

本人 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 鼻炎

家族 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 鼻炎

家庭内、保育所等に新型コロナ感染兆候のある方はいますか？

いる () ・ いない

2020.12.15 改定