

高橋医院皮膚科問診表

ふりがな

お名前

様 体重(15歳未満の方 kg)

1. 病気の場所はどこですか？

頭・顔・首・胸・背中・お腹・腕・手・大腿・下腿・足

手の爪・足の爪・肛門・陰部

その他 ( )

2. どのような症状ですか？

かゆみ・痛み・発疹・化膿・やけど・脱毛・いぼ・じんま疹

にきび・しみ・しわ・その他 ( )

3. いつ頃からですか？ 年 月 日 頃から

4. 今までにかかった病気はありますか？

ある 病名 ( ) ・特にない

5. 現在、治療している病気はありますか？

ある 病名 ( ) ・ない

6. 現在服用している薬がありましたらお書きください。

薬品名 ( )

7. 薬のアレルギーはありますか？(飲み薬・注射・造影剤など)

ある 薬品名 ( ) ・ない

8. 皮膚に塗ったもの、触れたものでかぶれたことがありますか。

ある 原因となったものの名前 ( ) ・ない

9. 女性の方にうかがいます。現在妊娠していますか？

している ・ していない ・ しているかもしれない

10. 今後、妊娠の可能性はありますか？

ある ・ ない

ご住所

お電話 ( )

ご来院のきっかけ 知人・ネット・携帯サイト・広告・その他 ( )