

# 皮膚科問診票

氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別：男 女

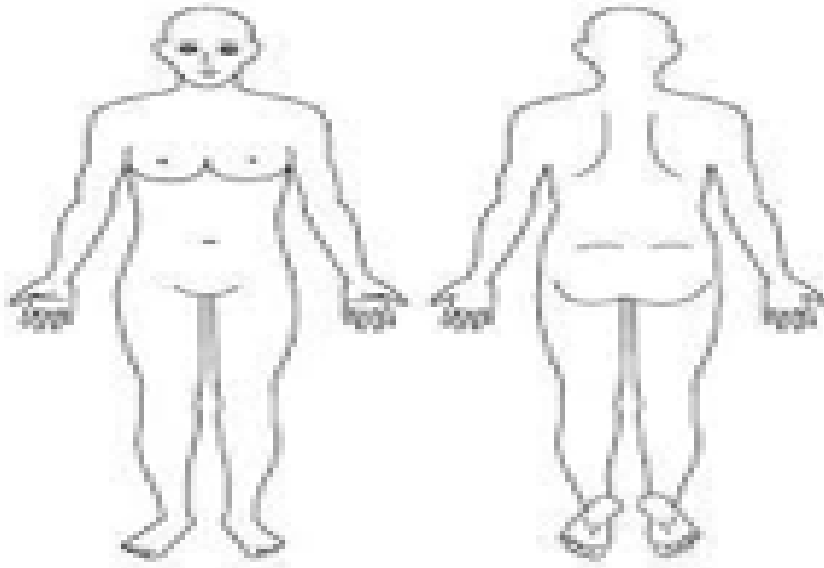
職業： \_\_\_\_\_

労災ですか？はい いいえ

症状は？ ぶつぶつ かさかさ みずぶくれ あかい かゆい

いたい その他

どこですか？ \_\_\_\_\_



いつからですか？ \_\_\_\_\_ 年 月 日頃から

原因はなんだと思いますか？ \_\_\_\_\_

今までの治療は？ ある ない

前医 \_\_\_\_\_

診断名 \_\_\_\_\_

使用した薬は \_\_\_\_\_

ドラッグストアで市販薬を購入して使った \_\_\_\_\_

治療に希望はありますか？ \_\_\_\_\_

嫌なことはありますか？ \_\_\_\_\_

女性にお聞きします 現在妊娠していますか？はい いいえ

女性にお聞きします 最終月経はいつですか？ \_\_\_\_\_