

皮膚科問診票

ID

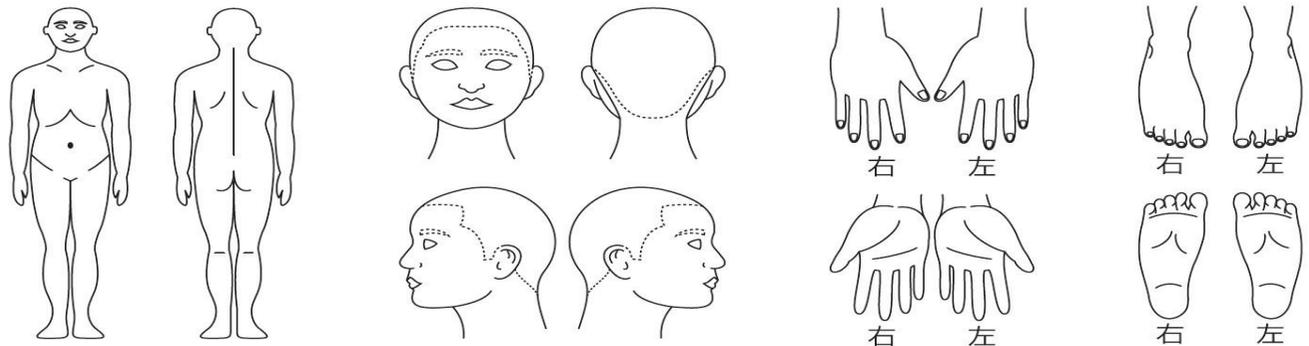
令和 年 月 日

ふりがな				性別	男・女
受診者氏名					
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	歳
連絡先	()	—	携帯	—	—
介護度	申請なし 要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5) ケアマネさんの事業所又は氏名:				
利用中の介護サービス	利用未 デイサービス週()回 デイケア週()回 ヘルパー週()回 訪問看護週()回				

1. 今日見てもらいたい症状について

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

①症状のある部位はどこですか。下の図の該当箇所に○をつけてください



②症状: かゆい・痛い・水虫・いぼ・できもの・にきび・かぶれ・やけど・しみ
 抜け毛・ふけ・その他()

③いつから(年前から、 ヶ月前から、 週前から、 日前から)

④上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか。(はい・いいえ)

2. 現在治療中の病気はありますか。(はい・いいえ)

病名()

3. 現在内服しているお薬はありますか。(はい・いいえ)

薬品名()

4. 今までに下記の病気にかかったことがありますか。

アトピー性皮膚炎・喘息・高血圧・心臓病・痛風・糖尿病・胃潰瘍
 肝疾患・腎疾患・透析中・膠原病・前立腺肥大・緑内障・結核・脳梗塞
 精神疾患・輸血・リウマチ・癌・その他()

5. 過去に大きな病気及び入院や手術をしたことがありますか。(はい・いいえ)

病名()

6. 薬剤や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか。(はい・いいえ)

薬・注射() 食べ物() その他()

7. アルコールは飲まれますか。

飲まない・やめた・時々飲む・飲む(週4日以上)(1日 を 杯)

8. タバコは吸いますか。

吸わない・やめた・吸っている (1日 本 × 年、 歳から 歳まで)

※女性の方のみお答えください※

○現在、妊娠中、授乳中、妊娠の可能性がありますか。(はい・いいえ)

妊娠中・授乳中・可能性あり

○最終生理日はいつですか。(月 日)