問　診　表　（　皮　膚　科　初　診　用　）

記入日　　年　　月　　日

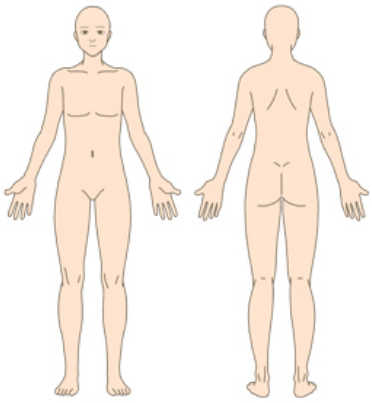
フリガナ				性　別	男　・　女
氏　名				体　温	度
住　所				生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日 （満　　歳）
身　長	ｃｍ	体重	ｋｇ	電　話	自宅： 携帯：

① 今日はどうされましたか？
（　　）

② いつからですか？
（　　）

③ 場所はどこですか
（　　）

診てほしい場所に〇をつけてください。



④ 今までに薬でアレルギーがありますか？　（　ある　・　ない　）
何の薬ですか？（　　）
その時どのような症状がでましたか？（　　）

⑤ 今までに食物でアレルギーがありますか？　（　ある　・　ない　）
何の食物ですか？（　　）
その時どのような症状がでましたか？（　　）

⑥ 今、何か病気にかかられていますか？　（　ある　・　ない　）
その病気はなにですか？（　高血圧　・　糖尿病　・　脳梗塞　・　高脂血症　・腎臓病・　透析）
その他（　　）

⑦ その他、相談したい事があれば、書いて下さい。