

皮膚科 初診問診票 広尾レディース

お名前： _____

生年月日： _____年____月____日（____歳）

職業： _____

1. 本日の受診について

本日、一番お困りの症状は何ですか？

いつからですか？

- 今日 数日前 1週間以上前 1か月以上前 以前から繰り返す

具体的に： _____

症状の変化

- 良くなっている 変わらない 悪化している 広がっている

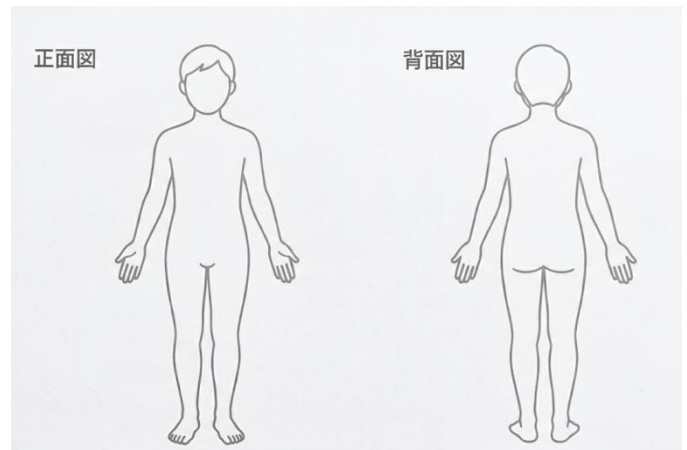
どのような症状ですか？（複数可）

- かゆみ 痛み 赤み 発疹 腫れ 水ぶくれ できもの
 乾燥 皮むけ しこり 脱毛 しみ ほくろ
 その他（ _____ ）

2. 症状のある部位

あてはまる部位にチェックし、右の人体図にも○をご記入ください。

- 顔 頭皮 首 胸 腹 背中 わき
 腕 手 おしり 陰部 脚 足
 全身 その他（ _____ ）



3. きっかけ・思い当たること

- 特になし
 化粧品・スキンケアの変更
 薬・サプリメントの開始
 虫刺され
 日光・紫外線
 汗・蒸れ
 マスク・衣類・洗剤・金属などの刺激
 ストレス
 その他（ _____ ）

*裏面がありますので、そちらの記入もお願いいたします。

4. これまでの治療

- 何もしていない
- 市販薬を使用した（名前：_____）
- 他院で治療中／治療歴あり
治療内容：
- その他（_____）

5. 既往歴・持病

- なし
- アトピー性皮膚炎 喘息 花粉症／アレルギー性鼻炎 じんましん
- 糖尿病 高血圧
- その他（_____）

6. アレルギー

- なし
- あり → 薬 食べ物 花粉 金属 化粧品・外用薬
具体的に：_____
- その他（_____）

7. 現在使用中のお薬

- なし
- あり（飲み薬・塗り薬・サプリメントを含む）
-

8. 女性の方へ

- 妊娠中ですか？ はい いいえ 可能性あり
- 授乳中ですか？ はい いいえ

9. 医師に伝えたいこと