

予診票（皮膚科）

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 ) ( 才 )

(女性の方のみ質問です)

・妊娠されていますか？ 又はその可能性がありますか。

いいえ  はい (妊娠 \_\_\_\_\_ カ月)

●今回の症状を、具体的にご記入下さい。

- ・いつから \_\_\_\_\_
- ・どこが \_\_\_\_\_
- ・どんな具合に \_\_\_\_\_

●以下について、該当する項目に☑を記入してください。

・アレルギーはありますか？

なし

ありの方→薬品名等 ( \_\_\_\_\_ )  薬・注射 ( \_\_\_\_\_ )

花粉症  喘息  アトピー  その他 ( \_\_\_\_\_ )

●湿疹のある方は、該当する項目に☑又は記入してください。

- ・湿疹が出始めたのはいつ頃でしたか。 ( \_\_\_\_\_ )
- ・湿疹の箇所はどこですか。 ( \_\_\_\_\_ ) ⇒下図を見て湿疹の出ている箇所を○で囲んで下さい

・痒さはどの程度ですか。

痒くてたまらない ・  痒い ・  余り痒くない ・  痒みは無い

・今回の症状で思い当たる事がありますか。

食べ物 ・  動物 ・  疲労 ・  ストレス ・  植物

ダニ ・  ホコリ

その他 : ( \_\_\_\_\_ )

・現在、何か別に疾患をお持ちですか。

喘息 ・  アレルギー性鼻炎 ・  アレルギー性結膜炎 ・  じんましん ・  その他 : ( \_\_\_\_\_ )

・ご家族の中に、上記疾患の方はいらっしゃいますか。

いない  いる (  父 ・  母 ・  兄 ・  弟 ・  姉 ・ [

その他 ( \_\_\_\_\_ )

・当院にいらっしゃる前に行った治療はありますか。

いない  はい (具体的に: \_\_\_\_\_ )

・湿疹で他の医療機関を受診されたことはありますか。

いいえ  はい (医療機関名: \_\_\_\_\_ )

・タバコは吸いますか？

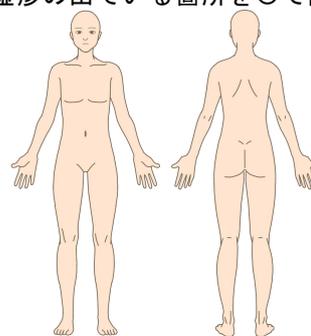
いいえ  はい (1日 \_\_\_\_\_ 本)

・アルコールは飲みますか

いいえ  はい (種類: \_\_\_\_\_ 1日 \_\_\_\_\_ 杯・本)

・職業

主婦  営業・事務職  技術職  製造業  その他 ( \_\_\_\_\_ )



記入終了後、お手数ですが受付へお渡しください。