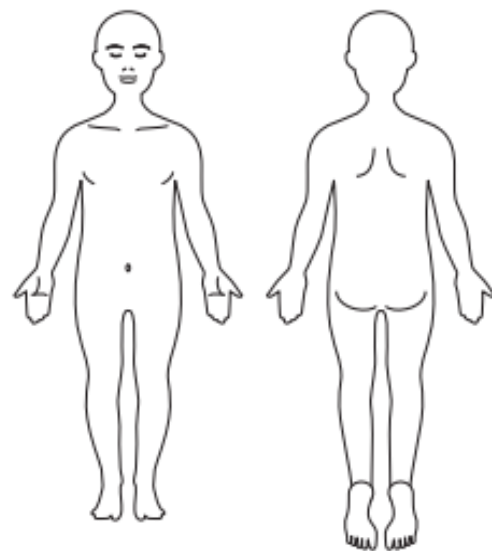


安部医院 皮膚科 初診問診票

ふりがな お名前	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) 体重(12歳以下) kg
住所 〒	
電話番号	携帯電話

1. 本日はどうなさいましたか？該当する項目に○をつけて下さい。
また、該当の部位を教えてください。(絵に○をつけて下さい)

- 赤み かゆみ 痛み ぶつぶつ
- 水ぶくれ 化膿 かさつき フケ
- 水虫 ニキビ じんましん アトピー
- やけど その他 ()



-詳しい症状の経過を記入してください-
(例：3日前に虫に刺されて軟膏を塗ったら症状が悪化した など)

2. お悩みがあるのはいつからですか？

- () 日前から () 週間前から () ヶ月前から () 年から

3. 思い当たる原因はありますか？

- ない ・ ある ()

4. 今までに、現在のお悩みの治療はしたことがありますか？

- していない ・ したことがある
内容 ()

5. 家族に同じような症状の人はいますか？

- いない ・ いる

6. 現在、他の病気で治療をしていますか？最近一カ月の間に薬は飲みましたか？

- している (飲んだ ・ 飲んでいない) ・ していない
内容 ()

7. 薬のアレルギーはありますか？

- ない ・ ある 内容 ()

8. 妊娠していますか？妊娠の可能性はありますか？

- ない ・ ある

ご協力ありがとうございました。