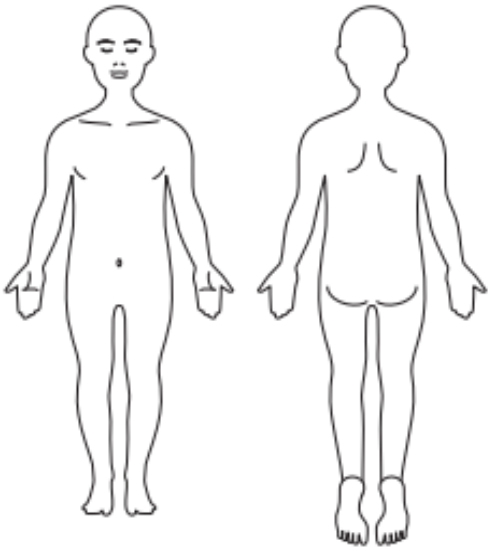
# 安部医院　皮膚科　初診問診票

| | |
|---|---|
| ふりがな<br>お名前 | 生年月日<br>大正・昭和・平成　　年　　月　　日<br>（　　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？該当する項目に〇をつけて下さい。**
**また、該当の部位を教えてください。（絵に〇をつけて下さい）**

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。