皮膚科外来初診問診表

令和　　年　　月　　日

ID：

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　歳　　　男　・　女

* どうされましたか？

（場所、かゆみ、痛み、あかみ、皮膚のザラザラなどについて答えてください）

* それは、いつごろからありますか。
* 何かお薬をぬりましたか？またはどこか病院にかかっていますか。
* 家族に同じような症状はありますか。
* お薬にアレルギーはありますか。
* 食べ物、花粉、ハウスダストなどのアレルギーはありますか。
* 今までに大きな病気、怪我をされたことがありますか。
* （女性の方に）現在、妊娠していますか。　（　はい　・　いいえ　）
* （女性の方に）現在、授乳中ですか。　（　はい　・　いいえ　）