

※患部に、お化粧品をしている方、日焼け止めを塗られている方は、落としてから受診して頂くようお願い致します。  
なお、メイク落としは皮膚科でございますので、外来案内2にお申し出下さい。

## 皮膚科問診票

平成 年 月 日

氏名

男・女  
( 歳)

(2012. 6. 1 改編)

### ① 最初に気づいた症状は？

誰が

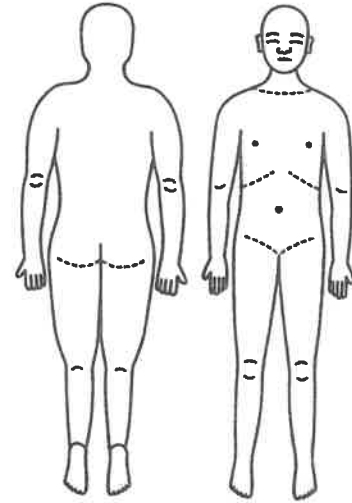
自分自身、他人（親、兄弟、友人、看護師、ヘルパー、デイケア職員  
そのほか（ ）

いつ（具体的に）

平成・昭和 年 月 日から

平成・昭和 年 月 初旬 中旬 下旬 ごろから

どこに（塗ってください）



最初に気づいた時は どのようなものが

色は？ ピンク色、赤色、オレンジ色、黄色、茶色、灰色、緑色、黒色

大きさは？ ( ) × ( ) mm

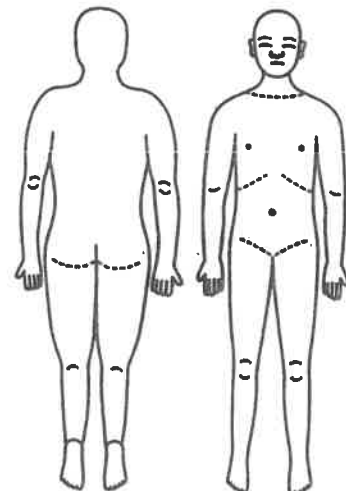
形は

丸い、楕円形、四角い、

盛り上がっていたか？

盛り上がり無し、( ) mm 盛り上がっていた、( ) cm 盛り上がっていた  
( )

### ② 色や形がどのように変化しましたか？



### ③ 現在皮膚の症状はどこにありますか？ (塗ってください)

#### ④ 皮膚の症状に対しての治療

施行していない

施行している

平成・昭和 年 月 日から

平成・昭和 年 月 初旬 中旬 下旬 ごろから

治療薬剤は 『薬剤名を書いてください、又は薬の説明書きを添えてください』

同じ症状になったことが

なし

ある 平成 年 月 日から

当時の治療方法は？

妊娠  妊娠中

なし

授乳  授乳中

授乳無し

皮膚の病気の治療以外で、現在飲んでいる薬はありますか？

『薬剤名を書いてください、又は薬の説明書きを添えてください』

今までにかかった病気は？

昭和・平成 ( ) 年、( ) 才 病気の名前 又は手術名 ( )

昭和・平成 ( ) 年、( ) 才 病気の名前 又は手術名 ( )

昭和・平成 ( ) 年、( ) 才 病気の名前 又は手術名 ( )

昭和・平成 ( ) 年、( ) 才 病気の名前 又は手術名 ( )

昭和・平成 ( ) 年、( ) 才 病気の名前 又は手術名 ( )

昭和・平成 ( ) 年、( ) 才 病気の名前 又は手術名 ( )

食物・薬剤アレルギーは

ある 薬剤名 ( )

いつどのような症状がありましたか？ ( )

なし