

※患部に、お化粧をしている方、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にございますので、外来案内2にお申し出下さい。

皮膚科問診票

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

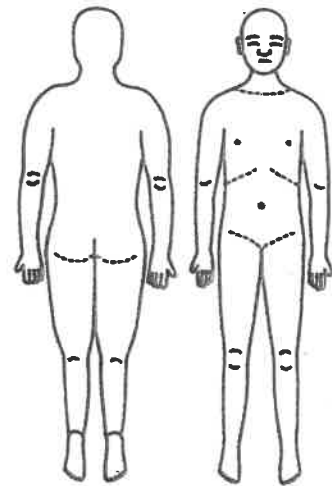
自分自身、他人（親、兄弟、友人、看護師、ヘルパー、デイケア職員
その他（ ））

いつ（具体的に）

令和・平成・昭和 年 月 日から

令和・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

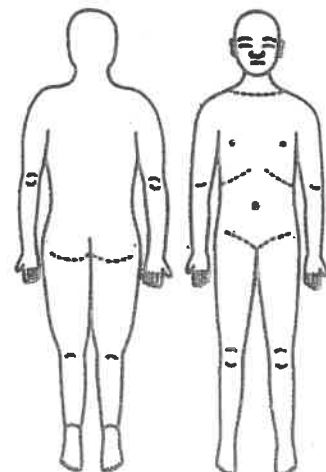
形は

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

令和・平成・昭和 年 月 日から

令和・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 昭和・平成・令和 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・令和 () 年、() 才	病気の名前	又は手術名 ()
昭和・平成・令和 () 年、() 才	病気の名前	又は手術名 ()
昭和・平成・令和 () 年、() 才	病気の名前	又は手術名 ()
昭和・平成・令和 () 年、() 才	病気の名前	又は手術名 ()
昭和・平成・令和 () 年、() 才	病気の名前	又は手術名 ()
昭和・平成・令和 () 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