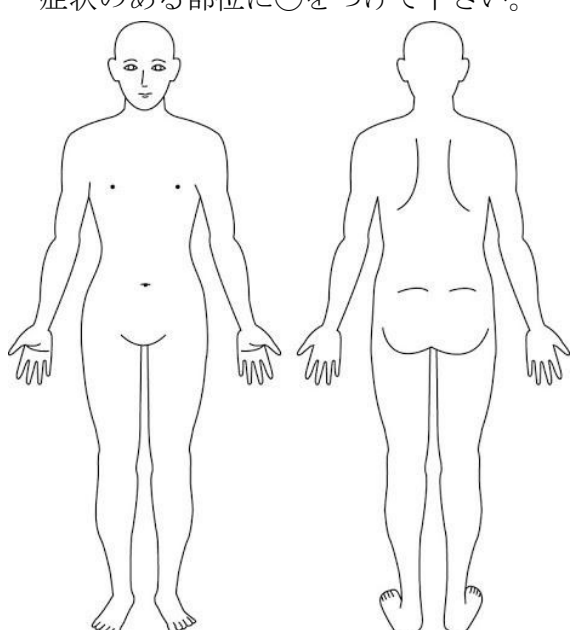


皮膚科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号			

<p>本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/>かゆい <input type="checkbox"/>赤い <input type="checkbox"/>ブツブツ <input type="checkbox"/>カサカサ・乾燥 <input type="checkbox"/>腫れ <input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>水ぶくれ <input type="checkbox"/>キズ・けが <input type="checkbox"/>あざ <input type="checkbox"/>虫に刺された <input type="checkbox"/>タコ/うおのめ <input type="checkbox"/>にきび <input type="checkbox"/>水虫 <input type="checkbox"/>ほくろ <input type="checkbox"/>やけど <input type="checkbox"/>しこり <input type="checkbox"/>アトピー <input type="checkbox"/>じんましん <input type="checkbox"/>その他 ()</p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい。</p> 
<p>症状はいつ頃からありますか？ 約 () 日・週間・ヶ月・年前から</p>	
<p>その症状は変化していますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (<input type="checkbox"/>大きくなった <input type="checkbox"/>増えた <input type="checkbox"/>広がった <input type="checkbox"/>その他 ())</p>	
<p>過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>現在、飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>喫煙、飲酒について教えてください 喫煙：<input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う (本/日 × 年間) <input type="checkbox"/>禁煙した (年前から。それまで喫煙 (本/日 × 年間)) 飲酒：<input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む (週 日) 種類・量 ()</p>	
<p>お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (<input type="checkbox"/>妊娠中 <input type="checkbox"/>妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/>授乳中)</p>	

※ご協力ありがとうございました。