

# 問診票

皮膚科 名前 \_\_\_\_\_

性別 男 女

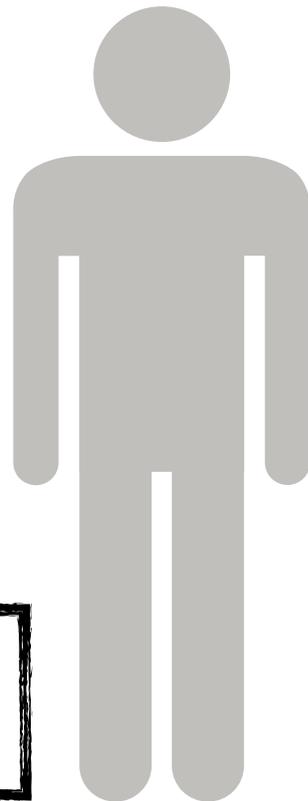
体重(         )kg 妊娠 あり・なし 授乳 あり・なし

今回の症状についてお聞かせください。

・ いつ頃からあります  
か。

・ どのような症状です  
か。

・ どの部分にありますか。右の絵に丸をつけてください。



・ 原因に心当たりはあり  
ますか？

・ 他の病院などで治療をされた  
方は今まで、どのような治  
療・薬の処方がありました  
か。

・ 自分で工夫していた対策また  
は、ケアがありますか？

・ 薬、サプリメント、自家製  
ヨーグルトなど飲んだりして  
いますか？

・ なにか病気がありますか？

アトピー性皮膚炎・気管支喘息・じんま疹・花粉症  
糖尿病・高血圧・肝臓病・心臓病・腎臓病  
その他

・ アレルギーがありますか？