

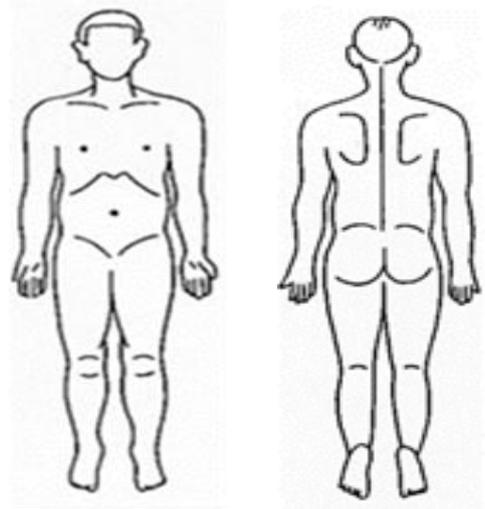
皮膚科問診票

氏名 _____ 男 女 生年月日 _____ 年齢 _____ 才 _____

*介護申請について (未申請 ・ 申請中 ・ 申請済)

*申請済の方の介護度について 要介護 (1・2・3・4・5) 要支援 (1・2)

- 1 今日はどうされましたか。(できもの・しみ・イボ・水虫・うおの目・やけど)
それはいつからどのような症状ですか。 症状の場所範囲などを下図に記して下さい



- 2 現在治療中の病気はありますか。飲んでいる薬はありますか。

病名・治療内容・薬など

はい

いいえ

()

- 3 今までに入院・手術・通院治療をされたことはありますか。

病名・治療内容・薬など

はい

いいえ

()

- 4 今までに薬、注射、食べ物でアレルギーが出たり気分が悪くなったことがありますか。はい

いいえ

()

- 5 女性の方へお聞きします。

現在、妊娠の可能性はありますか。

はい

いいえ

現在、授乳中ですか。

はい

いいえ

- 6 今までに海外に行ったことがありますか。

はい

いいえ

(いつ頃:)

- 7 嗜好品についてお聞きします

煙草は吸いますか。

はい (1日

本) いいえ

アルコール類は飲みますか。

はい (

を: 1日 ml) いいえ