

# 皮膚科 問診表

ID:		
	登録	問診
済		
裏	/	代筆者

※カタカナでご記入願いたします。

お名前 (カタカナ)	
---------------	--

※下記の質問にご回答ください。(初めてのの方は診療申込書もご記入ください)  
代筆においても、問診に虚偽内容があった場合は、次回以降の診療をお断りさせて頂く場合がございます。予めご了承ください。

※院内では、感染予防の為、必ずマスクの着用をお願い致します。

(中学生以下の方) 体重 . kg 診察前体温 . °C 同伴者体温 . °C

<p>● 過去5日間以内に発熱はありましたか (37.5°C以上、または平熱より1°C高い)</p> <p>○ 発熱やのどの痛み、その他風邪症状は4日以上続いていますか⇒</p> <p>○ 発症日から5日間以内に新型コロナウイルス感染者と接触した</p> <p>○ 新型コロナウイルス感染症と診断されたことがある (令和 年 月 日)</p>	<p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>_____ 月 _____ 日 から</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
---	---

症状 いつから、どのような 月 日から
------------------------

現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい

いいえ  はい → : \_\_\_\_\_ お薬手帳  あり  なし

今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬・注射のアレルギー

いいえ 薬剤名: \_\_\_\_\_

はい → アナフィラキシー(けいれんやショック状態)  ある  ない

今までに大きな病気にかかったことはありますか。(がん、けいれん、喘息、先天性疾患など)

いいえ  はい → : \_\_\_\_\_

女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか  いいえ  はい ( \_\_\_\_\_ 週目)  可能性あり

授乳中ですか  いいえ  はい

※妊娠中の方(可能性あり含む)、授乳中の方は、検査やお薬に制限が出る場合がございます。

ここからは成人の方のみご回答下さい

喫煙歴について  喫煙はしない

喫煙をしている。( 1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間くらい)

以前喫煙をしていた。( 1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間くらい)

飲酒について  飲酒の習慣はない。

飲酒の習慣がある。(頻度  ほぼ毎日  週に \_\_\_\_\_ 回くらい)

ご記入ありがとうございました。