

皮膚科問診表

(令和 年 月 日)

佐藤皮膚科・循環器内科医院

ふりがな 氏名 (男 女)	住所
明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	身長 cm 体重 kg 体温 ℃
★ くすり手帳は持ってきていますか？ <input type="checkbox"/> 持参している <input type="checkbox"/> 持参していない	
携帯☎ (- -) 自宅☎ (- -) <input type="checkbox"/> 1人暮らし・ <input type="checkbox"/> 家族と同居	

★ どのような症状で受診しますか？

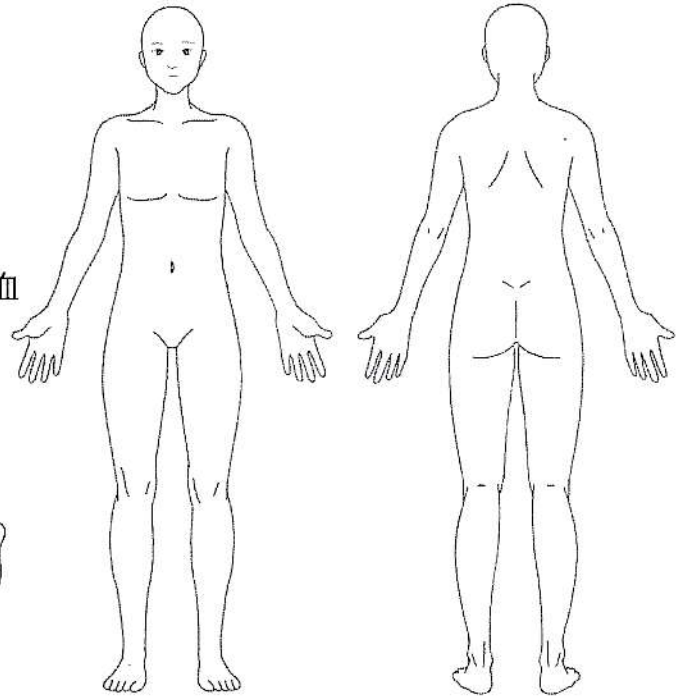
下の体の図の中で症状がある部位すべてを○で囲ってください

★ いつ頃からその症状がありますか？

()

★ 症状にすべてにチェックをいれてください

- かゆみ いたみ 発疹 やけど
 熱をもっている 脱毛 にきび 出血
 うおのめ タコ いぼ 水ぶくれ
 その他 ()



★ 思い当たるきっかけはありますか？

()



右

左

右 左

左 右

★ 現在 かかりつけ医がある方は病院名と病名を記入してください

病院名 _____ 病名 _____

★ くすり手帳をお持ちでない方はわかる範囲で薬剤名を記入してください

★ 過去に罹患した病名がある方は記入してください (あてはまるものすべてにチェックしてください)

- 心臓 血圧 肺 脳 膠原病
 肝臓 腎・泌尿器 脾臓 乳腺
 整形 婦人科 眼科
 その他 ()

★ いつ頃 病名 治療・手術など記入してください

★ 薬や注射や食べ物でアレルギーがありますか？

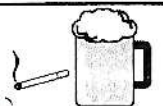
- なし
 あり ()

女性の方で該当する方はチェックしてください

- 妊娠している 妊娠していない
 授乳中

★ 嗜好品についてお伺いします

- たばこ 吸わない
 吸う (本/日)
 アルコール ほとんど飲まない
 飲む (/週)



内科問診表

(令和 年 月 日)

佐藤皮膚科・循環器内科医院

ID ()

ふりがな 氏名 (男 女)	住所
明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	身長 cm 体重 kg 体温 °C
★ くすり手帳は持っていますか? <input type="checkbox"/> 持参している <input type="checkbox"/> 持参していない	
携帯☎ (- -) 自宅☎ (- -) <input type="checkbox"/> 1人暮らし・ <input type="checkbox"/> 家族と同居	

★ どのような症状で受診しますか?
あてはまるものすべてにチェックしてください

胸痛 胸苦 息苦しい 動悸
 不整脈 めまい 手足しびれ
 血圧が高い 腹痛 吐き気 下痢
 だるさ 発熱 せき 鼻汁
 健診からの再検査
 その他 ()

★ その症状はいつ頃からですか?

★ 過去に罹患した病名がある方は記入してください
(あてはまるものすべてにチェックしてください)

心臓 血圧 肺 脳 膠原病
 肝臓 腎・泌尿器 脾臓 乳腺
 整形 婦人科 眼科
 その他 ()

★ いつ頃 病名 治療・手術など記入してください

★ 現在 かかりつけ医がある方は病院名と病名を
記入してください

病院名 _____ 病名 _____

★ くすり手帳をお持ちでない方はわかる範囲で
薬剤名を記入してください

★ 介護認定を受けている方へお聞きします

現在の介護度
要支援 () ・ 要介護 ()
包括支援センター または介護事業所名

ケアマネ名がわかれば記入してください
_____ さん

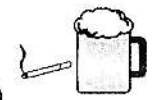
TEL ()
現在利用しているサービスがあれば記入してくだ
い _____

★ 一番最後 (3か月以内) におこなった 健康診
断や採血や受診があればチェックしてください

いつ頃 () 受診 採血
 検査
 健康診断

★ 薬や注射や食べ物でアレルギーがありますか?
 なし あり ()

★ 嗜好品についてお伺いします

たばこ 吸わない 吸う (本/日) 

アルコール ほとんど飲まない 飲む (/週)