

皮膚科問診票（大きい字） 2024 年版

記載日 _____ 月 _____ 日 _____

フリガナ

名前 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

年齢 _____ 歳 性別 _____ 男・女 _____

※同居する人 _____ いる・いない _____

※出身地： _____ 都道府県 _____

_____ 国 _____

※自宅処置・感染症拡大防止
等の観点からの質問です

住所 _____

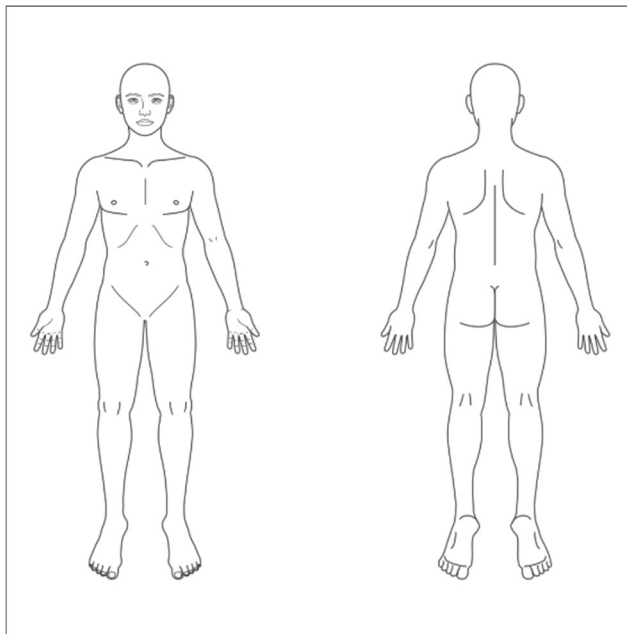
★連絡先電話番号

① 携帯電話 _____

② 自宅電話 _____

★症状がある場所はどこです

か？下のイラストに印（○や斜
線など）をつけてください。



★当てはまる症状すべてを選
んでください。

やけど じんましん

虫さされ 痛い 痒い

かさかさ・がさがさ

押すたり触ると痛い

腫れている 熱い

色がおかしい

★薬や注射などで かゆみ

汁が出る

赤み・ぶつぶつがでたことが

いぼをとりたい

ある ()

たこ・うおのめが痛い

ない

水虫が心配

わからない

毛が抜ける

★これまでかかったことがあ

爪を切ってほしい

る病気について

その他 ()

アトピー性皮膚炎

★症状に気付いたのはいつ？

ぜん息 じんましん

ずっと前から

花粉症 鼻炎

(日・月・年前から)

その他 ()

わからない

★嗜好品について (当てはま

★眠れていますか？

るものがあれば)

眠れる 眠れない

酒・たばこ

その他 ()