

皮膚科問診票

看護師記入時間	() : ()			
体温	℃	血圧	/	mmHg
脈拍	回/分			
呼吸数	回/分	Spo2		%
紹介状持参	無・有	()		
かかりつけ医	無・有	()		
持参資料	無・有	()		
付き添い	無・有	()		

お名前					男・女
生年月日	年	月	日	生まれ	() 歳
職業	身長	cm	体重	kg	
【女性のみ】妊娠:していない・可能性あり・している() 週・授乳中					

薬手帳 あり・なし (スキャナ不要)

●いつから、どのような症状がありますか？

症状の出来ている部位を右下の図に示してください。

(○で囲ったり斜線をつけて示してください)

この症状はいつ頃から始まりましたか？

かゆみや痛みはありますか？

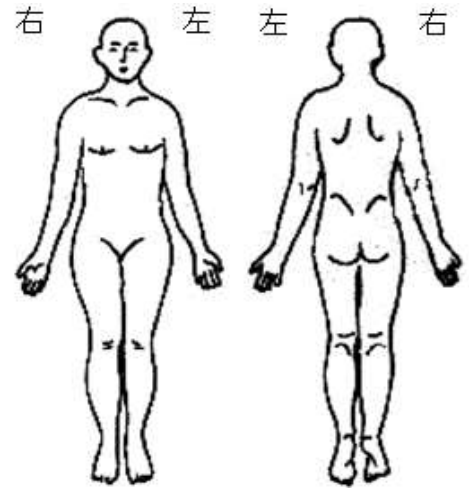
かゆみ (有・少し有・無)

痛み (有・少し有・無)

●現在、この症状に対して治療を受けていますか？ はい・いいえ

●今回の皮膚病の原因として思いあたることはありませんか？

(例えば、薬・食べ物・化粧品・仕事・どこかに出かけた等々)



●現在治療中または今までかかったことのある病気・手術・輸血等がありましたら教えてください。

病気: がん()・狭心症・心筋梗塞・脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)

喘息・高血圧・糖尿病・高脂血症

その他()

※血縁者の中で上記病気にかかれた方はいますか？

どなた()が、いつ()病名()

手術: いつ()術名()

輸血: なし・あり

●現在、飲んでいる薬や外用薬はありますか？ ない・ある(薬手帳の無・忘れた方は下記に記載)

()

●アレルギーはありますか？ ない・ある(下記に記載)

気管支喘息・花粉症・食物()・薬()・造影剤

●生活歴について伺います。

喫煙...(吸わない・やめた・吸う) () 本/日 () 歳～ () 歳まで

飲酒...(飲まない・やめた・飲む) 種類() 量() 合 mL

() 歳～ () 歳まで () 回/週・月 ()

●ショートまたはデイサービスを利用していますか？ いいえ・はい

●施設入所中ですか？ いいえ・はい(施設名:)

●マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか？ はい・いいえ