

皮膚疾患 予診票


令和 年 月 日 AM・PM

(氏名)	歳 男・女	ID=	回答者 本人・その他
------	-------	-----	---------------

1. 症状はいつからですか？ ()

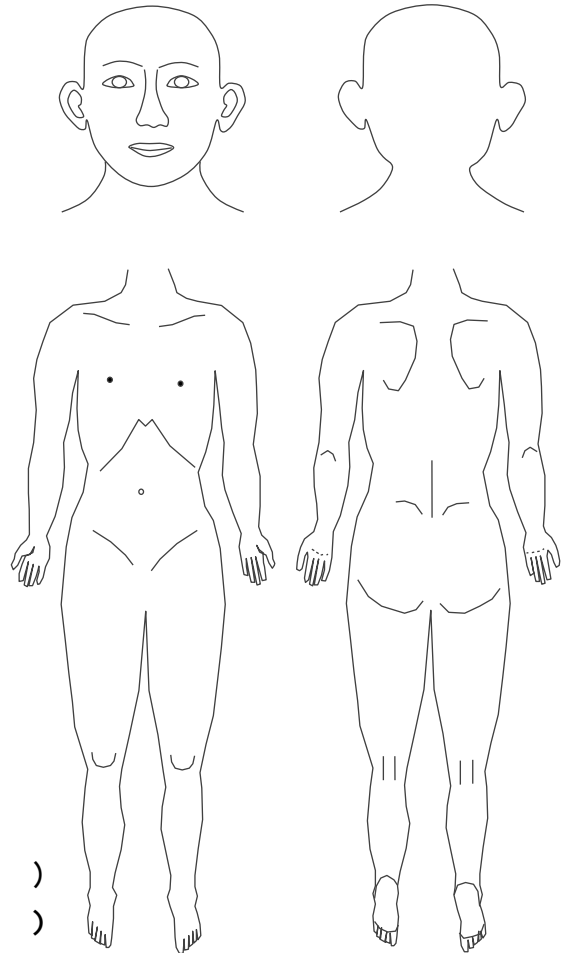
職業	
----	--

2. 皮膚症状のあるのはどの部分ですか？

斜線  をつけてください。

3. その症状は次のどれですか。(複数選択可)

- ① かゆみ
- ② 痛み
- ③ じゅくじゅくしている
- ④ カサカサしている
- ⑤ 皮膚がむけている
- ⑥ その他



4. 次のようなことがあれば、その内容を書いてください。

- ① 何か原因となりそうなものに触れた ()
- ② 虫に刺されるようなところにいた ()
- ③ 太陽やその他の光、熱にあった ()
- ④ その他、思い当たること ()

5. アレルギーはありますか？ (無・有) 有の場合()

6. 内科疾患はありますか？ (無・有) 有の場合()

7. 眼科で緑内障と言われたことは無いですか？ (無・有・眼科受診なし)

8. (男性のみ) 前立腺肥大と言われたことは無いですか？ (無・有)

9. これらについて何か治療をしましたか？