

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 \_\_\_\_\_

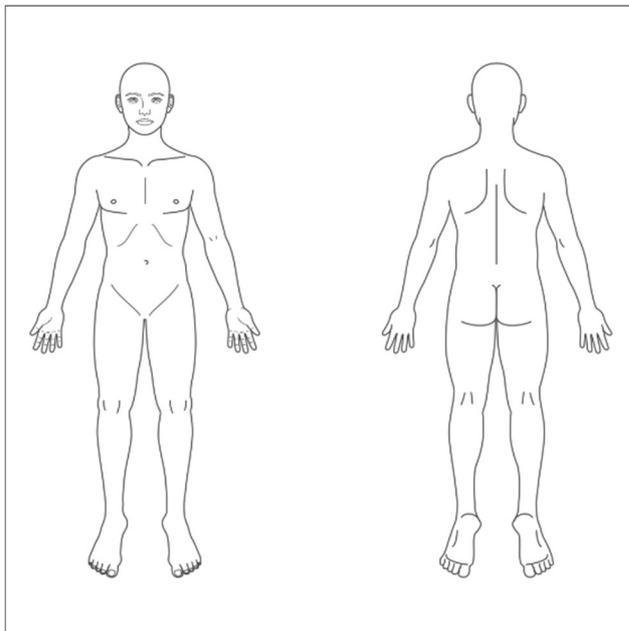
★連絡先電話番号

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

