

ふくだ皮膚科 往診問診票

FAX: 03-3868-2309

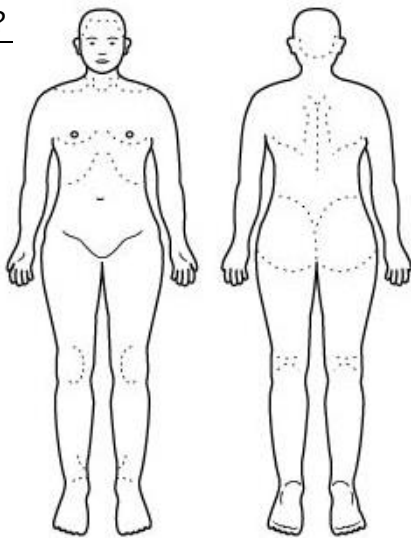
※円滑に往診を行うため、下記の質問事項に全て記入をお願いします。

(フリガナ) お名前	()	年齢	才	介護度	*〇を付けて下さい* 要介護(1・2・3・4・5)
往診先の住所	電話番号:() —				
代表家族お名前	(続柄:)	代表家族 携帯 TEL	*往診時に同席される方の番号を記載して下さい () —		
担当 ケアマネージャー	お名前: 所属先: 電話番号:() —				
主治医について	医師名:		医療機関名:		
介護施設利用状況					
現在治療中の病名	糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 膠原病 脳出血 脳梗塞 喘息 肺の病気 アレルギー性鼻炎 緑内障 白内障 前立腺肥大 アトピー性皮膚炎 その他()				
服薬している薬	あり ・ なし ※服薬があるかたは往診のときに薬手帳を見せて下さい				
認知症の有無	あり ・ なし				

～～ 皮膚症状についてお答え下さい ～～

いつから? ・()年前 ・()か月前 ・()日前

どこに?



- ・全身 ・頭 ・耳 ・顔(おでこ 目 鼻 口 ほほ)
- ・首 ・肩 ・腕(右/左) ・手(右/左)
- ・胸 ・おなか ・背中 ・おしり ・陰部
- ・足(右/左) ・爪(手/足)

どんな症状がありますか? ・かゆい ・痛い ・床ずれ ・水虫 ・やけど ・おむつかぶれ
・おでき ・その他()

治療はしましたか? ・はい(薬の名前:) ・いいえ