

初診問診表

名字：

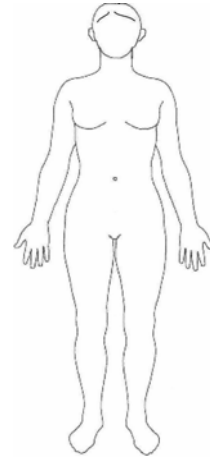
生日：

1 (A) 求診病名：異位性皮膚炎、濕疹、乾癬、青春痘、
*(請圈寫) 其他：_____

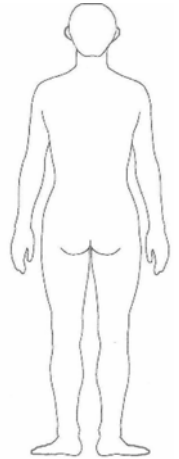
現在症狀：紅腫、痛癢、組織液滲出、抓痕、
*(請圈起) 水疱、膿疱、脫皮鱗屑、丘疹結痂

距離初始的發病時間至今 _____ 年/月/日

距離最近一次發病時間至今 _____ 年/月/日



※請標示患處



(B) 曾經 / 現在 / 無 在別的醫療院所治療以上所敘述的症狀。

醫療院所：_____

2 曾經 / 現在 / 無 使用以下西藥。

類固醇 免疫抑制劑 Elidel(醫立妥) Protopic(普特皮) MTX 抗組織胺 其它 _____

3 我有以下病症： 鼻炎 氣喘 蕁麻疹 失眠 疲勞 關節疼痛 其它 _____

5 我對以下過敏： 酒精 化妝品 特定食物 _____

6 慢性或重大疾病或手術？ 無 有 _____

7 家中有寵物嗎？ 無 有 _____

8 家族有其他人過敏嗎？ 無 有

9 [女性病患] 請問現在有懷孕嗎？ 無 有

10 前來求診： 轉介醫師：_____ 介紹者：_____ 網站 路過

11 我知道類固醇、免疫抑制劑會有戒斷現象，尋求中醫治療時，不可馬上中斷，要循序漸進，避免症狀反彈。一有疑問，請隨時與醫師聯繫或用回原來的西藥。

我知道本診所可以看健保，若因病情需要，我願意醫師開自費藥。 同意 不同意

患者[或家屬]簽名：_____

12 我們在治療前後會拍照比對，診所會維護個人隱私及保護個資。

但，若您同意將相片無條件提供我們使用，(相片會遮住眼睛)，請在此簽名 _____

	西藥名稱	什麼時候開始使用此西藥?	使用時間長達	使用的頻繁度	最後一次使用是什麼時候?
外用 / 內服			年 / 月		
外用 / 內服			年 / 月		
外用 / 內服			年 / 月		
外用 / 內服			年 / 月		

此問診表是以日本醫療法人爽治會問診表為基準

※ 來本院看診者，皮膚治療期間，請勿使用其他藥品或保養品 (例如：精油、乳液)，以免干擾治療過程