

# 問診表

1 (A) 求診病名：異位性皮膚炎、濕疹、乾癬、青春痘、

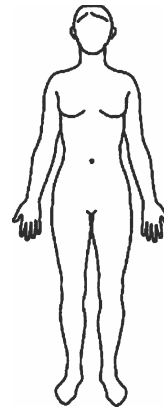
\* (請圈寫) 其他：\_\_\_\_\_

現在症狀：紅腫、痛癢、組織液滲出、抓痕、

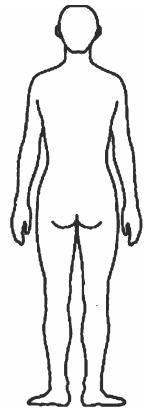
\* (請圈起) 水疱、膿疱、脫皮鱗屑、丘疹結痂

第一次發病年齡 \_\_\_\_\_ 歲 \_\_\_\_\_ 月

距離最近一次發病是 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 個月前。



※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 我對以下過敏：  
 酒精  化妝品  特定食物 \_\_\_\_\_

4 慢性或重大疾病或手術？  無  有 \_\_\_\_\_

5 家中有寵物嗎？  無  有 \_\_\_\_\_

6 家族有其他人過敏嗎？  無  有

7 [女性病患] 請問現在有懷孕嗎？  無  有

8 前來求診： 轉介醫師：\_\_\_\_\_  介紹者：\_\_\_\_\_  網站  路過

9 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：\_\_\_\_\_

10 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。

11 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	幾歲時候開始使用此西藥?	使用時間長達	使用的頻繁度	最後一次使用是多久之前?
外用 / 內服			年 月		
外用 / 內服			年 月		
外用 / 內服			年 月		
外用 / 內服			年 月		

※ 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。

此問診表是以日本醫療法人爽治會的問診表為基準