

問診票

年 月 日

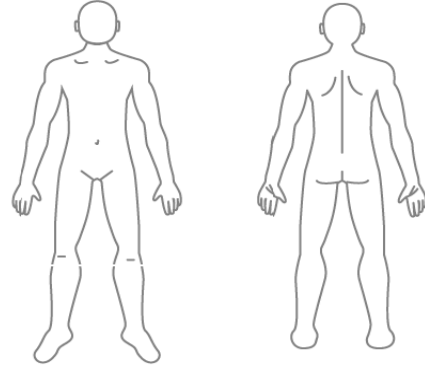
| | | | | |
|------|------------|--------|----|----------|
| ふりがな | | 男 女 | 住所 | 〒 |
| 氏名 | | | | |
| 生年月日 | 大・昭 平・令 | 年 月 日 | 歳 | 電話 |
| | | | | 自宅 携帯 |

■15歳以下の方は体重を教えてください。 _____ k g ・わからない

■どのような症状で来院されましたか？

* 症状のある部位を右のイラストに○印でご記入ください。

- ・湿疹 ・かぶれ ・かゆみ ・水虫 ・ヘルペス
- ・できもの ・水いぼ ・アトピー、乾燥肌 ・にきび
- ・イボ ・タコ ・ウオノメ ・その他



■その症状はいつ頃からですか？

年 月 日 または _____ ぐらい前から

■その症状で他の病院を受診されていますか？

いいえ・はい (病院名 _____)

*** ○印で記入ください**

■既往歴はありますか？(これまでかかった病気) あればいつ頃かもご記入ください。

■現在お薬を飲んでいますか？

* 「はい」とお答えの方はお薬手帳をご提出ください。

いいえ・はい 薬名 (_____)

■アレルギーはありますか？

いいえ・はい 薬名 (_____) ・食べ物 (_____)
金属・麻酔・花粉症・その他 (_____)

■車の運転を長時間されますか？

いいえ・はい

■前立腺肥大症・縁内障はありますか？

いいえ・はい

以下、女性の方のみお答えください。

■現在、妊娠されていますか？

いいえ・わからない ・はい (_____ 週目)

■授乳中ですか？

いいえ・はい

■当院をどこでお知りになりましたか？

1. インターネット 2. 駅看板 3. 電柱看板 4. 屋外広告看板 5. 情報誌
6. 人づて 7. 他の医院からの紹介 7. その他 (_____)

