

# 問診票

記入日 年 月 日

(ふりがな)	性別 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
お名前	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
住所 〒 -	携帯番号 ( ) 電話番号 ( )
職業 (具体的に)	体重 中学生以下 kg

## 1. いつからどんな症状がありますか？

a) いつから ( 年、 カ月、 週、 日) 前から

b) 症状 (かゆい・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・

できもの・にきび・しみ・きず

その他: \_\_\_\_\_)

c) 上記の症状に関して治療を受けたことはありますか？

(いいえ・はい)

治療内容: \_\_\_\_\_)

d) 部位 (右の図に印をつけてください)

## 2. 現在、他に治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

病名 (\_\_\_\_\_)

お薬 (\_\_\_\_\_)

## 3. 今までにどんな病気にかかったり、治療を受けたことがありますか？

アトピー性皮膚炎  アレルギー性鼻炎 (花粉症)  喘息  高血圧  糖尿病  心臓病

胃潰瘍  肝障害  腎障害  膠原病  前立腺肥大  緑内障

その他 (\_\_\_\_\_)

## 4. 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか？

(ある・ない) 具体的に (\_\_\_\_\_)

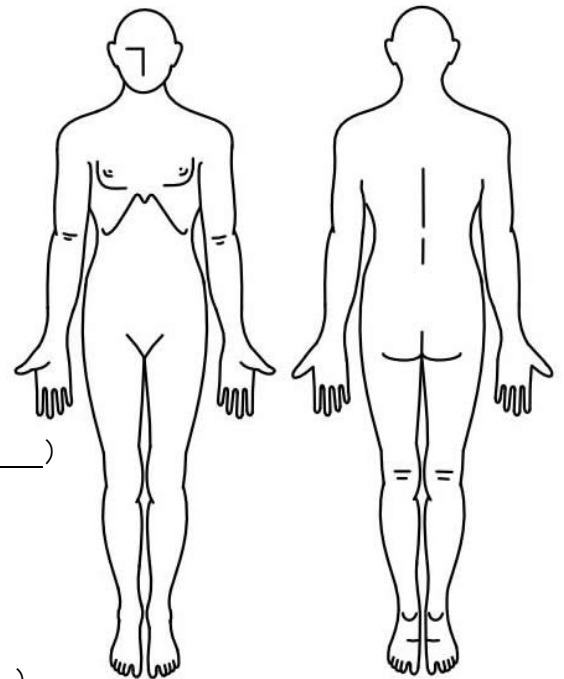
## 5. <女性の方へ>現在、妊娠中・授乳中ですか？またはその可能性はありますか？

現在妊娠している ( カ月) ・ 可能性あり ・ 可能性なし ・ 授乳中

## 6. 当院を何で知りましたか？

インターネット (ホームページ・Google マップ)  看板・広告  知人・ご家族からの紹介

他院からの紹介 (病院名 \_\_\_\_\_)  その他 (\_\_\_\_\_)



☆ご記入ありがとうございました。受付にご提出ください。

