

# 問 診 票

年 月 日

保険証との確認事項もございますが、答えられる範囲でご記入ください。

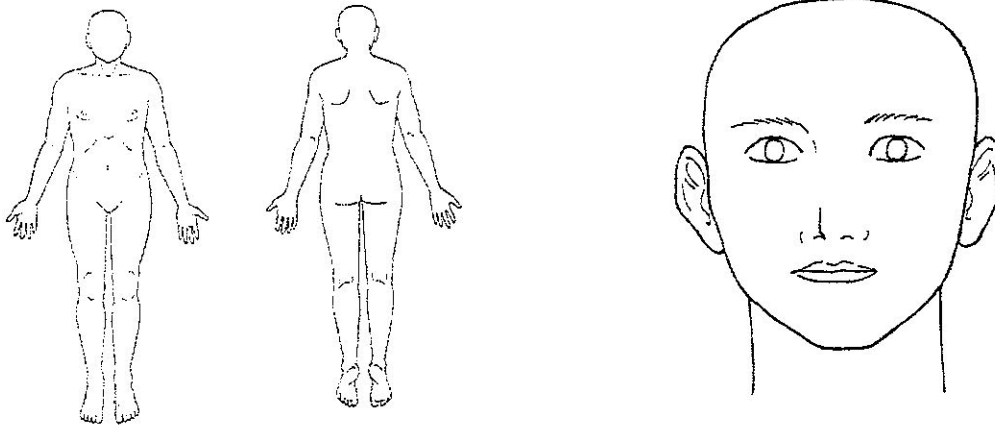
ID: \_\_\_\_\_ 体温: \_\_\_\_\_ °C

フリガナ		性別	身長	体重
お名前			cm	kg
ご住所 〒		生年月日	T・S・H	年 月 日
		電話番号		
		携帯電話		

1. 今日はどうされましたか？○をつけて下さい。

赤くなった・痛い・かゆい・ぶつぶつ・水ぶくれ・はれた・じんましん・水虫（らしい）・にきび  
 いぼ（らしい）・皮がむける・アトピー・何かが出来ている・しみ・男性型脱毛  
 その他の症状（ \_\_\_\_\_ ）

2. 診察を受けたい所に○印をつけて下さい。



3. いつ頃からですか？

今日から・（ \_\_\_\_\_ ）日位前から・（ \_\_\_\_\_ ）ヶ月位前から・（ \_\_\_\_\_ ）年位前から  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

4. 飲んでいる薬はありますか？（ はい ・ いいえ ）

薬名（ \_\_\_\_\_ ）

5. アレルギーはありますか？（ はい ・ いいえ ）

食品（ \_\_\_\_\_ ）

薬物（ \_\_\_\_\_ ）

6. 持病や大きい手術の経験がありますか？（ あり ・ なし ）

糖尿病・緑内障・前立腺肥大・心臓病（ \_\_\_\_\_ ）・ペースメーカー・脳の病気（ \_\_\_\_\_ ）・がん  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）

7. 女性の方のみ○をつけて下さい。

現在 妊娠中ですか？（ はい ・ いいえ ） 現在 授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ）

当院受診のきっかけは？ 近所にお住まい／以前に受診／ホームページ／知人の紹介／他院の紹介