

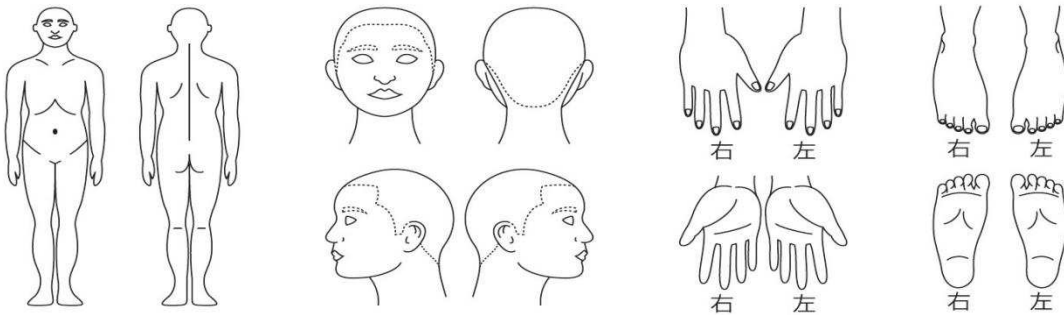
● 問 診 票 ●

ID番号 _____ 記入年月日 平成 年 月 日

フリガナ		生年月日 (大正・昭和・平成)		
お名前		年 月 日	歳	男 ・ 女
ご住所	〒		電話番号	

1、どのような症状がありますか？

- a) いつから：さっき・今朝・昨日・() 日前・() 週間前・() カ月前・() 年前
 b) 症状：痛い・かゆい・赤い・にきび ()
 ※具体的に記載してください。
 c) 症状のある部位に○印をつけてください。



2、今までに下記のような病気をされたり、現在治療中の病気がありますか？

- 1、糖尿病 2、肝臓病 3、腎臓病 4、心臓病 5、緑内障 6、前立腺肥大
 7、アトピー性皮膚炎 8、アレルギー性鼻炎・結膜炎(花粉症) 9、喘息
 10、掌蹠膿疱症 11、その他の重い病気やケガ ()

3、現在服用中の他科の内服薬、常用薬(市販薬・健康食品を含む)はありますか？上記の症状に関して、現在または以前に使用していた薬があれば教えてください。

ない・ある ()
 ※おくすり手帳を持参している場合は診察時に提出してください。

4、薬、注射、麻酔、食べ物で発しんがみられたり、気分が悪くなったことがありますか？

また、塗り薬や貼り薬でかぶれたことはありますか？
 ない・ある ()

5、自動車の運転など危険を伴う機械の操作をされますか？

しない・時々する・いつもする・運転の仕事をしている

6、女性の方にのみお尋ねします。

- a) 妊娠中ですか？ (いいえ・はい【第 週】) 妊娠予定 (なし・あり)
 b) 授乳中ですか？ (いいえ・はい)

7、当院を受診するきっかけを教えてください。(複数回答可)

通りがかりで・診療時間帯があっている・診療曜日があっている・看板(道路・駅構内)
 家族の紹介・知人()様の紹介・医院()の紹介
 インターネット(パソコン・携帯)・タウンページ・その他()

8、特に気になること、希望することがございましたらお書きください。

()