

# 問 診 票

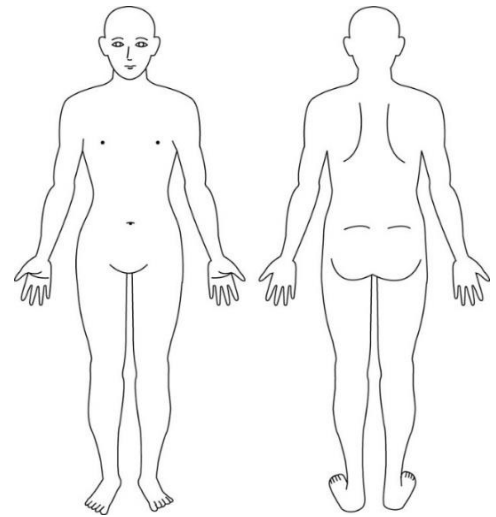
記入日： 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日			
氏名			昭・平・令	年	月	日
住所	〒					
連絡先	自宅： 携帯：			ご職業		

■どのような症状で来院されましたか？

症状と症状のある部位を○で囲んでください。

かゆみ かぶれ 赤み 痛み かさかさ じくじく  
 じんましん ニキビ やけど 水虫 巻き爪  
 できもの いぼ ほくろ たこ・うおめ  
 その他 ( )



■いつ頃から症状がありますか？

( )

■上記に関して治療したことはありますか？

いいえ

はい 病院名 ( )  
 薬 ( )

■現在治療中の病気がありますか？

アレルギー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 喘息 前立腺肥大症  
 糖尿病 高血圧 高脂血症 てんかん 緑内障 白内障  
 その他 ( )

■現在お薬をのんでいますか？お薬手帳持参の方は受付にご提示ください。

いいえ

はい 薬 ( )

※血をサラサラにする薬を飲んでいますか？ ( はい ・ いいえ )

■過去に食べ物や薬（飲み薬・塗り薬・点眼薬・注射など）で何か異常が起こったことはありますか？

いいえ

はい (原因： 症状： )

■妊娠中または妊娠の可能性はありますか？  いいえ  はい ( 月 )

■授乳中ですか？  いいえ  はい (お子さんの月齢 歳 月)

■当院受診のきっかけを教えてください。

1. 自宅から近い
2. 家族や知人の紹介 ( 様の紹介)
3. ホームページをみて
4. その他 ( )

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、ご記入できましたら受付までお持ちください。