

診察前に問診表の記入をお願いします。

記入日 平成 年 月 日

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_

性別 女性 男性

生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 生まれ

年齢 \_\_\_\_\_ 歳

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

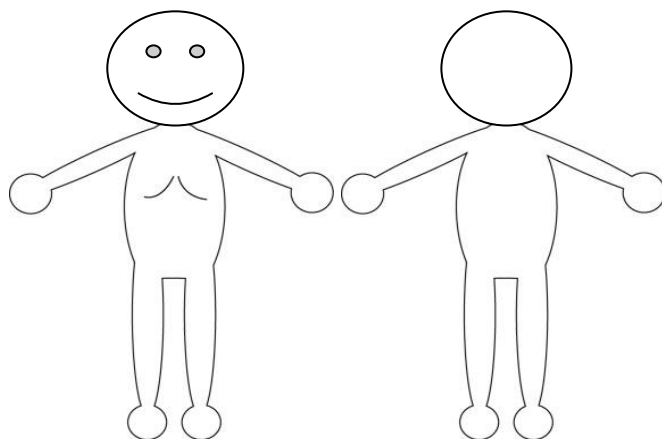
お電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(お子さんの場合) 体重 \_\_\_\_\_ kg

▼今日こちらに来られた目的と、その部位を教えてください。

- |                               |                                |                                  |
|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> しっしん | <input type="checkbox"/> じんましん | <input type="checkbox"/> 体のかゆみ   |
| <input type="checkbox"/> 虫刺され | <input type="checkbox"/> かぶれ   | <input type="checkbox"/> ニキビ     |
| <input type="checkbox"/> みずむし | <input type="checkbox"/> イボ    | <input type="checkbox"/> ウオノメ・タコ |
| <input type="checkbox"/> やけど  | <input type="checkbox"/> できもの  | <input type="checkbox"/> 脱毛症     |
| <input type="checkbox"/> ピアス  | <input type="checkbox"/> シミ    |                                  |

その他



▼症状はいつからでましたか。

今日  昨日  数日前  数週間前  その他 ( \_\_\_\_\_ )

▼今回の病気について、他の病院で治療を受けたり、自分でお薬を買って治療したことがありますか。

いいえ  はい その内容 ( \_\_\_\_\_ )

▼現在治療中の病気はありますか？

なし  あり (下記の中で当てはまるものに印をつけて下さい)

高血圧  糖尿病  高脂血症  腎臓病  胃潰瘍  狭心症・心筋梗塞  脳梗塞

アトピー性皮膚炎  喘息  アレルギー性鼻炎  緑内障  前立腺肥大症

その他 ( \_\_\_\_\_ )

▼毎日飲んでいるお薬や健康食品などはありますか。

いいえ  はい その内容 ( \_\_\_\_\_ )

女性の方にお聞きします。

▼現在妊娠していますか。または妊娠している可能性がありますか。

いいえ  はい 妊娠 \_\_\_\_\_ 週

▼授乳中ですか。

いいえ  はい