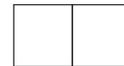


# 問 診 票



ID

フリガナ		男・女	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日
お名前						(	才)
ご住所	(〒 - )						
電話番号		(お持ちの方は) 携帯電話					

\*緊急時に必要な場合がありますのでお持ちの方はご記入をお願いします

ご記入頂いた内容は診療の目的以外のことには使用致しません。

1. どのような症状でご来院されましたか？

① かゆみ・はれ・いたみ・ただれ・できものなど

( )

② 症状のある部位（場所）を教えてください

右の図（からだ・顔）に○を付けてください

③ 症状はいつからありますか？（例：数日前、数ヶ月前など）

( )

④ 今回の症状で以前に治療を受けられましたか

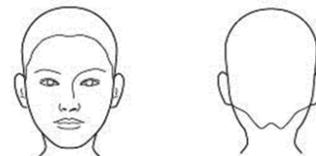
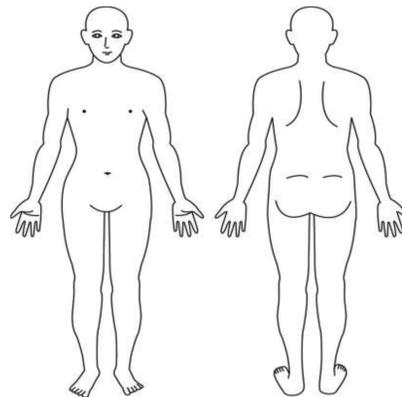
いいえ ・ はい

(内容・医療機関について差し支えなければご記入ください)

薬の名前 塗り薬 ( )

飲み薬 ( )

医療機関 ( )



2. 今までで大きな病気をされたり、現在治療中の病気・使用中の薬剤について教えてください。  
(\*お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください。)

糖尿病 高血圧 高脂血症 心疾患 腎疾患 肝疾患 緑内障 前立腺肥大

その他 ( )

使用中の薬剤 ( )

3. 今までに食べ物やお薬でアレルギーを起こしたことがあれば教えてください。

いいえ ・ はい ( )

4. (小学生以下の患者さまにお聞きします) 体重を教えてください。 ( ) kg

5. (女性の方にお聞きします) 現在妊娠されていますか？

いいえ・はい ( 月・予定日 月頃)・可能性有り・授乳中・妊活中

6. 当院はどちらでお知りになりましたか？

ご近所 インターネット 知人の紹介 仕事場が近く その他 ( )

ご協力ありがとうございました

