

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成	
氏名					年	月
住所	〒 -				電話番号	
					携帯番号	
ご職業		身長	cm	体重	kg	

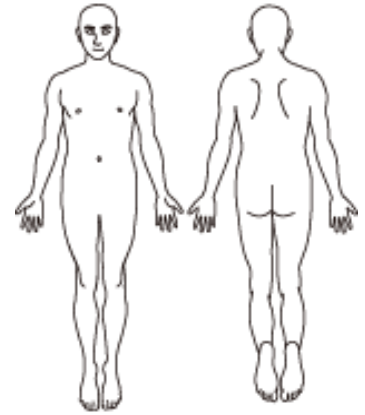
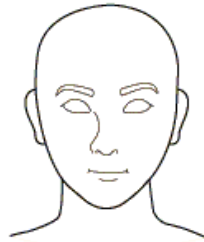
* 以下の質問事項に○をつけてください。

①今日はどのような症状で来院されましたか？

かゆい ・ 痛い ・ じくじくする ・ 発疹 ・ しこりがある ・ ニキビ
ざらざらする ・ 火傷 ・ 脱毛 ・ うおのめ ・ いぼ ・ その他()

②どここの部位ですか？

○をつけてください。



③症状が出たのはいつからですか？

今日から ・ 昨日から
()日前から ・ ()週間前から ・ ()カ月前から

④ご家族にも同じような症状がありますか？

ある⇒()に同様の症状がある ・ 無

⑤その症状で他の病院にかかれていたことがありますか？

ある⇒病院名() ・ 無

⑥アレルギー、または、食物・薬物での異常はありますか？

ある⇒内容() ・ 無

⑦現在、服用中の薬はありますか？

ある⇒薬剤名() ・ 無

⑧現在、治療中の病気はありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 狭心症 ・ 不整脈 ・ 肝臓病
緑内障 ・ 腎臓病 ・ 結核 ・ 前立腺肥大症 ・ その他()

⑨現在、授乳中、または妊娠、妊娠している可能性はありますか？

いいえ ・ 授乳中 ・ 妊娠している ・ 妊娠している可能性がある

⑩診療内容が詳しく書かれた明細書の発行は希望しますか？

する ・ しない (希望しないに○でも、必要になった場合はいつでも発行致します。)