

# 問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和	
氏名					年 月 日 ( 歳)	
住所	〒 ー				電話番号	
					携帯番号	
ご職業		身長	cm	体重	kg	

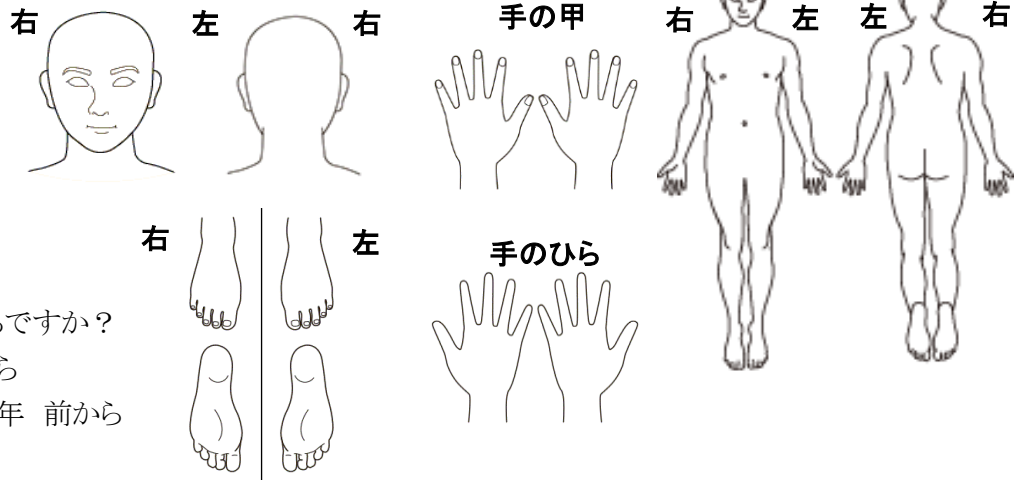
\*以下の質問事項に○をつけてください。

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 ・ 発疹 ・ 乾燥 ・ 赤い ・ しこり ・ ニキビ ・ じくじくする  
ざらざらする ・ 火傷 ・ 脱毛症 ・ 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・週間・ヶ月・年 前から

⑤その症状で他の病院にかかっていたことがありますか？

無 ・ ある⇒病院名( )

⑥これまでに薬や食べ物でアレルギーがでたことがありますか？

無 ・ はい⇒飲み薬( ) ・ 注射( ) ・ 食べ物( )  
症状⇒倒れた ・ 発疹が出た ・ その他( )

⑦現在、服用中の薬はありますか？

無 ・ ある⇒薬剤名( )

⑧現在、治療中の病気はありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ コレステロール ・ 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( ヶ月) ・ 妊娠している可能性がある