

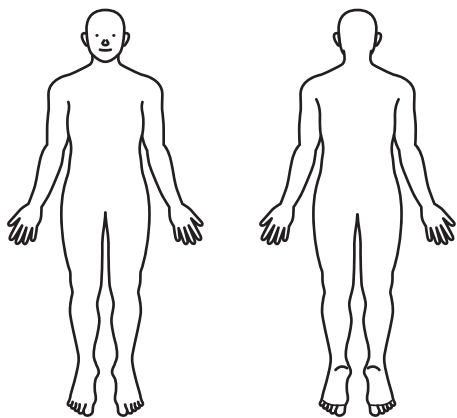
問診票

初めて来院される方はご記入ください

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年	月	日
氏名			体重	小学生までのお子様のみ ご記入ください		
住所	〒	—	電話番号（携帯電話）			

下記の項目についてご回答ください。（わかる範囲で結構です）

質問1 診てもらいたい場所に○印をつけてください。



■いつからですか？

■どのような症状ですか？

- かゆい 痛い はれている 肌荒れ いぼ
 かかさ じゅくじゅく うおのめ やけど じんましん
 赤くなっている その他 _____

質問2 今までに病気をしたことがありますか？

ない ・ ある

「ある」とお答えの方は
下記もご記入ください

- アトピー 喘息 糖尿病 高血圧 脳疾患 肝臓病 心臓病
 緑内障 前立腺肥大 腎臓病 その他 _____

質問3 現在、どちらかの病院に通っていますか？

いいえ ・ はい

「はい」とお答えの方は
下記もご記入ください

病院名 _____ もらっているお薬 _____

質問4 薬や食べ物によるアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ ・ はい

「はい」とお答えの方は
下記もご記入ください

薬品名 _____ 食品名 _____

質問5 女性の方にお訊きします。

■現在妊娠中ですか？

■現在授乳中ですか？

- はい いいえ わからない はい いいえ

質問6 当院をどこでお知りになりましたか？

- 近所なので 広告 ホームページ 知人の紹介 その他 _____