問診票

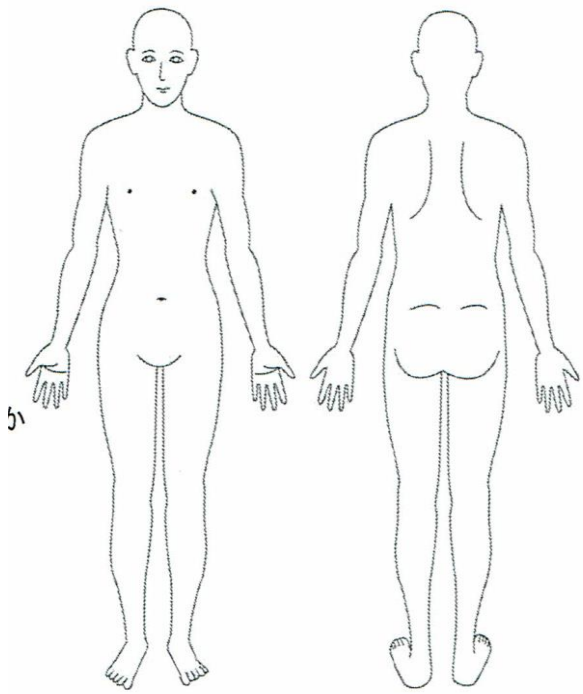
令和　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日(大・昭・平・令)	年齢	性別
お名前		年　　月　　日	歳	男・女
ご住所	〒			

電話番号		携帯番号		ご職業	
身長	cm	体重	kg	12 歳以下の方は身長、体重をご記入ください	

■ 症状が出たのはいつからですか？（　　年、　　ヶ月、　　週間、　　日）くらい前から

■ 部位はどこですか？　右の図に〇印をつけてください。
（お顔を診察の方はお化粧を落とした状態で受診ください）メイク off



■ どのような症状ですか？
☐ かゆい　☐ 痛い　☐ 赤い　☐ 腫れている
☐ しこりがある　☐ その他（　　）

■ 上記の症状で、現在治療をされていますか？
☐ はい　お薬のなまえ（　　）
その他の治療（　　）
☐ いいえ

■ 他に、病気はありますか？　☐ あり　☐ なし
☐ 糖尿病　☐ 高血圧　☐ 高脂血症　☐ 心臓病
☐ 前立腺肥大　☐ 緑内障　☐ ぜんそく
☐ その他（　　）

■ 上記の病気で、現在服薬中のお薬はありますか？(お薬手帳があればご提示ください)
☐ あり　お薬のなまえ(　　)
☐ なし

■ アレルギーはありますか？　☐ あり　☐ なし
薬（　　）　食べ物（　　）
その他（　　）

■ 女性の方のみ
現在、妊娠中ですか？　☐ はい　☐ いいえ（可能性は?　☐あり　☐なし）
現在、授乳中ですか？　☐ はい　☐ いいえ

■ 当院はどちらでお知りになりましたか？
☐ 広告・チラシ　☐ インターネット　☐ 知人の紹介　☐ ご家族　☐ 通りがかり
☐ 他院からの紹介　☐ その他（　　）