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	〒		ご職業	
携帯電話	本人・父・母・他(　　)	固定電話		

■ 本日お薬手帳またはお薬手帳アプリをお持ちですか？

はい（ 手帳 ・ アプリ ）　　いいえ　　薬は飲んでいない

■ 診察箇所について　※診察は２か所までにご協力ください

① 部位： 頭 ・ 顔 ・ 腕 ・ 足 ・ 胸 ・ 背中 ・ その他（　　）

いつから：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

症状：かゆい ・ 痛い ・ その他（　　）

② 部位： 頭 ・ 顔 ・ 腕 ・ 足 ・ 胸 ・ 背中 ・ その他（　　）

いつから：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

症状：かゆい ・ 痛い ・ その他（　　）

※ お顔を診察の方はお化粧を落とされていますか？　　はい　　いいえ

■ 上記の皮膚症状で、現在治療をされていますか？　　はい　　いいえ

※「はい」とお答えの方で、お薬手帳等をお持ちでない方は下記にご記入ください

お薬のなまえ（　　）

その他の治療： 光線 ・ 注射 ・ いぼ処置 ・ その他（　　）

■ 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（　　）

※「あり」とお答えの方でお薬手帳等をお持ちでない方は下記にご記入ください

お薬のなまえ（　　）

■ アレルギーはありますか？　　あり　　なし

薬（　　）　食べ物（　　）　その他（　　）

■ 女性の方へ

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