

問診票

令和 年 月 日

フリガナ				男	大 昭			
氏名				女	生年 月 日	平 令	年 月 日	歳
住所	〒				自宅電話() 携帯電話()			
職業 (具体的に)			身長	cm	該当する場合は☑して下さい。			
		体重	kg	<input type="checkbox"/> 妊娠中(出産予定日:) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中				

1.いつからどこにどんな症状がありますか？

年 月 日から
(程前から)

• 症状に☑、部位に○をつけて下さい。

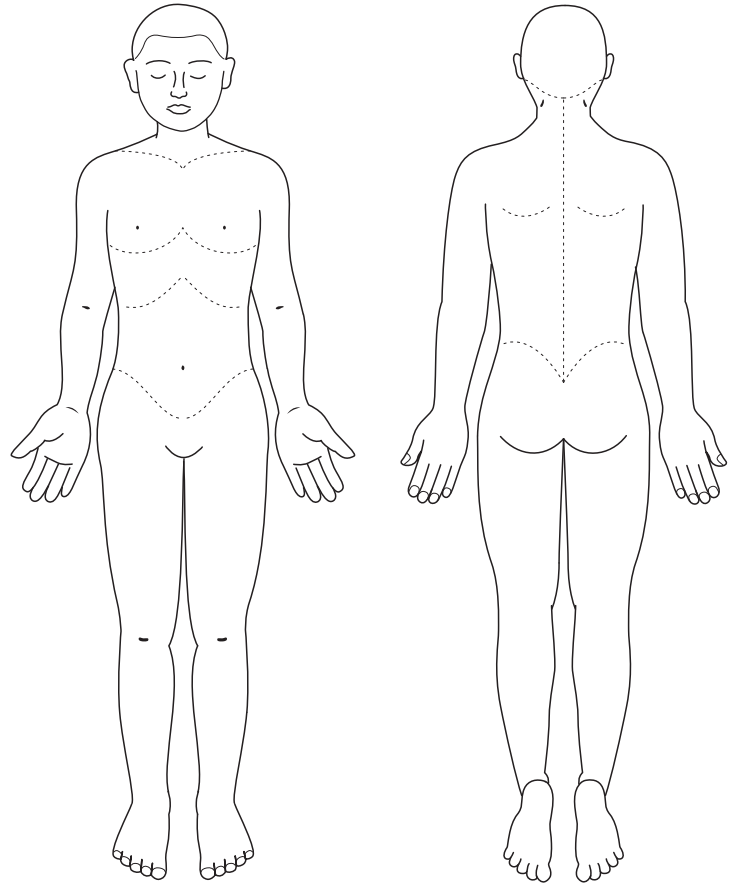
- かゆみ 赤み いたみ できもの
- 腫れ 水虫 イボ 水イボ
- ニキビ しみ ほくろ やけど
- 切り傷・すり傷 男性型脱毛(AGA)
- その他()

※該当する場合は☑して下さい。

- 仕事中のケガ 交通事故によるケガ

• この症状に対して何か治療をした方は、
治療内容や、使用した薬名をご記入下さい。

()



2.下記の病気にかかったことがありますか？

- アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎・花粉症 喘息 糖尿病
- 高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 膠原病 前立腺肥大
- 緑内障 その他()

3.現在飲んでいる内服薬はありますか？

- なし
- あり → 薬名がわかる物を持っている → 受付に提出して下さい。
- 薬名がわかる物を持っていない → わかる範囲で薬名をご記入下さい。

()

4.食べ物、薬のアレルギーはありますか？

- なし・不明 あり()

※最後に、来院されたきっかけを教えてください。

- 当院を見て 家族が通院 看板 ホームページ 紹介 その他()

ご記入いただきました個人情報、以下の目的のために限り利用させていただきます。同意できない事項がある場合はお知らせ下さい。

- 1. 患者様に安全・有効に診療を受けていただくため 2. カルテへの記載 3. 他医療機関などとの連携・情報交換