

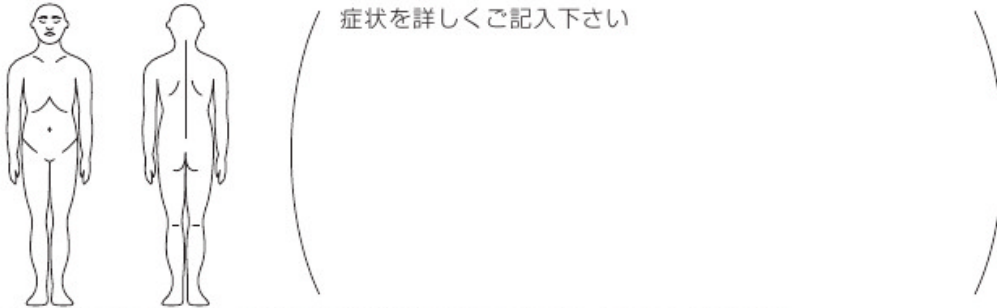
問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		男	生年月日	大 昭 平 令	年	月	日	才
氏 名		女						
住 所	〒							電話 ()
職 業 (具体的に)		身長	cm	体重	kg			

1. いつからどんな症状がありますか

- a) いつから：(年、 月、 日) 前から
b) 症 状：かゆい・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・できもの・にきび・その他 ()
c) 部 位：(下の図に印をつけて下さい)



- d) 上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか (はい・いいえ)
病名 () 病院名 ()

- ## 2. 現在、他に治療中の病気はありますか (はい・いいえ)
- 病名 () 病院名 ()
服用中の薬品名 ()

- ## 3. 今までに、どんな病気にかかったり、治療を受けたりしたことがありますか
1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎(花粉症)
3. 喘 息 4. 糖 尿 病 5. 心 臓 病 6. 高 血 圧 7. 胃 潰 瘍
8. 肝 疾 患 9. 腎 疾 患 10. 膠 原 病 11. 前立腺肥大 12. 緑 内 障
13. 輸 血 14. 手術 () 15. その他 ()

- ## 4. 家族の方にアレルギー疾患はありますか
1. アトピー性皮膚炎 2. アレルギー性鼻炎(花粉症) 3. 喘息 4. その他 ()

- ## 5. 薬、食べ物、金属などでアレルギーなど、異常があったことはありますか (ある・ない)
- 薬、食べ物、金属の名前 ()

- ## 6. <女性の方に> 現在、妊娠中ですか、またはその可能性はありますか
1. 現在妊娠している (月) 2. 可能性あり 3. 可能性なし

- ## 7. 治療についてご希望はありますか? またジェネリック医薬品をご希望ですか?
- ()

- ## 8. ご紹介の方がいらっしゃいましたらご記入下さい
- 紹介者 (様より) 医療機関 (より)

- ## 9. 当院を何で知りましたか
1. 看板 2. ホームページ 3. 広告 4. 紹介 5. その他 ()

- ## 10. その他、お気づきの点がございましたらご記入下さい
- ()

ご記入ありがとうございました