

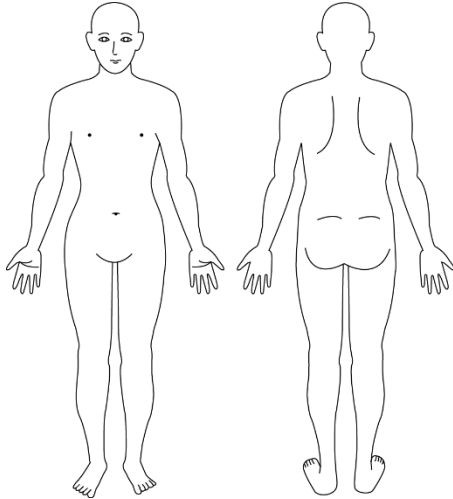
問 診 票

日付 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	歳
氏 名		生年月日	大 昭 平 令 年 月 日
住 所	〒		
電話番号	自宅 () — 携帯 () —	職 業 (具体的に)	

*個人情報保護法に基づいて適切に取り扱い、診療目的以外では使用いたしません。

1. いつから、どこにどのような症状がありますか？



a)いつから

日前 カ月前 年前

b)症 状

- かゆみ 痛み 腫れ アトピー性皮膚炎
 にきび 湿疹 水虫 やけど いぼ
 みずいぼ 乾燥 多汗 脱毛 巻き爪
 たこ・うおのめ 癌が心配

その他()

c)部 位

左図に○をつけてください

※小児のみ

体重_____kg

2. この症状に対して、これまでに治療を受けていますか？ はい いいえ

3. 今までにかかったことのあるご病気はありますか？

- なし アトピー性皮膚炎 花粉症 喘息 糖尿病 脳梗塞 肝臓病 腎臓病
膠原病 前立腺肥大症 緑内障 がん メンタルの病気 その他()

4. 現在服用中のお薬がありますか？ (お薬手帳があれば提示をお願いします)

- なし あり

5. お薬や食物のアレルギーがありますか？

- なし あり(お薬、食物の名前:)

6. ご家族に以下のご病気の方はいらっしゃいますか？

- いない 喘息 アトピー性皮膚炎 (どなたですか？)

7. (女性の方のみお答えください)

- 妊娠中(カ月) 授乳中 妊娠の可能性あり 該当なし

8. 診察や治療に対するご希望、その他お気づきの点がございましたらご記入ください