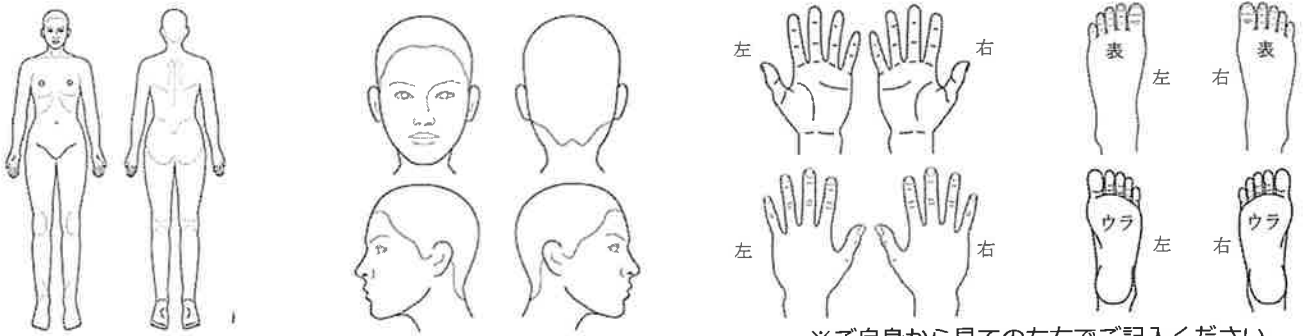


問 診 票

フリガナ		性別	フリガナ		
お名前		男・女	ご住所	〒 -	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 () 歳	ご職業		体重	kg (子供のみ)
電話番号 (自宅)		電話番号 (携帯)			

1. 今回気になる部位に○をおつけください。 部位 ()
 複数ある場合は気になる順番に①→②→③→④とご記入ください。



※ご自身から見ての左右でご記入ください。

2. それはいつごろからですか？
 今日 (来院日 当日) 昨日 (来院日 前日) 2,3日前 1週間前 1ヶ月前 それより前 ()

3. どのような様子ですか？

かゆい 痛い あかい 熱を持っている かさかさする ジュクジュクする 腫れている
 ウミを持つ 水ぶくれ 毛が抜ける ひびわれ アトピー性皮膚炎 爪の変形・変色 けが にきび
 やけど 水虫 じんましん いぼ 魚の目・タコ できもの しこり その他 ()

4. この病気で他院にかかったことはありますか？
 なし・あり (⇒治療法、使っていたお薬の名前:)

5. 原因と考えられるものがあれば自由に書いてください。
 ()

6. 今までにかかった、または治療中の病気はありますか？ いいえ・はい (年前から)
 糖尿病 高血圧 高脂血症 喘息 アレルギー性鼻炎 緑内障
 前立腺肥大 てんかん 肝臓病 腎臓病 こうげん病 がん その他 ()

7. 現在使用しているお薬はありますか。(飲み薬・ぬり薬・目薬・健康食品など)
 なし・あり (薬名:) ※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出し下さい

8. お薬や食べ物のアレルギーはありますか？
 なし・あり ()

9. (女性の方へ) 妊娠されていますか？
 はい (妊娠 週) いいえ

10. 当院は何でお知りになりましたか？

以前から 看板 他院からの紹介 () 知人から 家族から
 ホームページ インターネット (病院ナビなど) タウンページ i-タウンページ その他 ()

記入できましたら、受付にお出しください。