

# 問診票

平成 年 月 日

フリガナ

お名前

(男・女)

職業

生年月日

大・昭・平

年

月

日

年齢

歳

ご住所

〒

携帯番号

電話番号

運転

する・しない

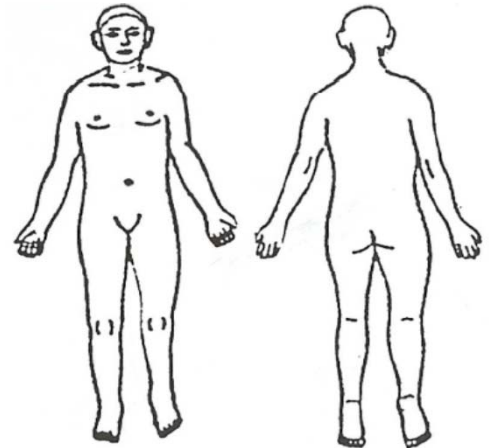
小学生以下の方

体重

kg

●本日は、どうなさいましたか？ **※症状の部位に印をして下さい。**

- ・発疹・かゆみ・いたみ・にきび・じんましん・手荒れ・抜け毛・いぼ
- ・水虫・ほくろ・しみ・AGA・アレルギー検査希望・巻き爪



●症状が出たのはいつからですか？

- ・本日・昨日・2,3日前・1週間前・1ヶ月前・その他( )

●原因として思いあたることがあれば○をして下さい。

- ・食べ物・衣類・まわりで流行している・庭いじりをした
- ・化粧品を変えた・飲み薬が変わった・その他( )

●現在の症状について今までに治療をされたことはありますか？

- はい (お薬名 )
- いいえ

●アレルギーはございますか？

- あり(薬 食べ物 花粉 その他( ))
- なし

●お薬を飲んで眠くなったことがありますか？ はい・いいえ

●現在、治療中のご病気がある方は病名とお薬名をお書き下さい。

病名 ( )

お薬名 ( )

●今まで大きな病気または、手術を受けたことがございますか？

- はい (病名: )
- いいえ

●女性の方にお伺いします。

現在、妊娠してますか？ はい ( 月) ・可能性あり ・ いいえ

現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

●当クリニックをどこでお知りになりましたか？

- ・ TV、ラジオ・市電広告・バスアナウンス・知人、友人( 様)のご紹介・ホームページ
- ・ お医者さんガイド・看板・暮らしのガイド