

問診票

令和 年 月 日

フリガナ

お名前

(男・女)

職業

生年月日

昭・平・令

年

月

日

年齢

歳

ご住所

〒

携帯番号

(緊急時連絡先)

運転

する・しない

小学生以下の方 体重

kg

●本日は、いかがなさいましたか？

※症状の部位に印をしてください。

(

※お顔の症状の方はノーメイクでお待ちください。

●症状が出たのはいつからですか？

()

●原因として思いあたることがあれば○をしてください。

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

●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

アレルギー検査希望 (はい・いいえ)

●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ご記入ください。

病名 ()

)

お薬名 ()

)

お薬手帳持参 (あり・なし)

●今まで大きな病気または、手術を受けたことはございますか？

はい (病名:

)

いいえ

●女性の方にお伺いします。

現在、妊娠していますか？

はい (ヶ月)

・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・ご家族、ご友人、知人(

様)のご紹介・ホームページ

・ お医者さんガイド・看板 (バス) ・ 暮らしのガイド

●顔のにきび・しみの方は、別紙もご記入ください。

