

# 【問 診 票】

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	年 齡	歳
氏 名		生年月日	M・T・S・H	年 月 日
住 所	〒 (      -      )			
電話番号	自宅： 携帯：	身長 体重	cm kg	職業

1. 症状が出たのはいつごろからですか？

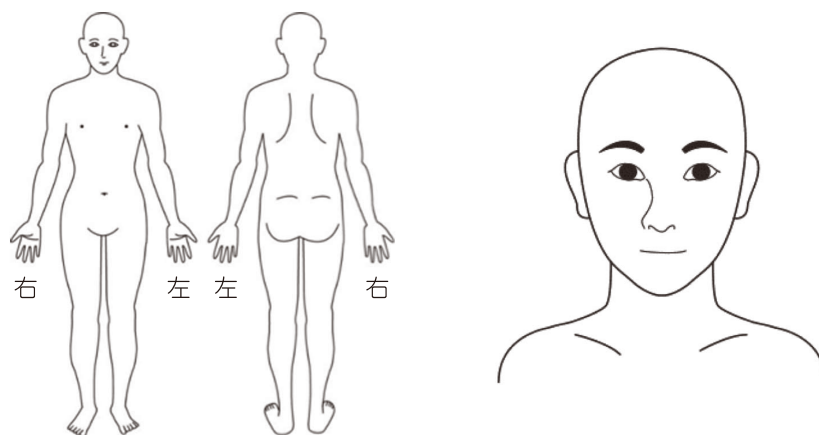
(      )年(      )月(      )日ごろからある。

(      日前)(      週間前)(      ヶ月前)(      年前)からある。

2. どのような症状ですか？

かゆい いたい その他(      )

3. 部位はどこですか？(図に書いてください)



4. 上記の症状でこれまでに治療を受けられたことはありますか？ → いいえ はい

はいの方 → 病院名(      )

治療薬(      ) ※お薬手帳があれば提示をお願いします

5. 現在治療中の病気はありますか？ → いいえ はい

高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 喘息 花粉症

その他(      )

6. アレルギーをお持ちですか？ → いいえ はい

薬剤(      ) 食物(      )

その他(      )

7. 女性の方で該当される方のみご記入ください。

現在妊娠している(      ヶ月) 妊娠する予定がある 授乳中

8. その他、気のついたことがありましたらご記入ください。

(      )

9. 来院のきっかけは？

知り合いにすすめられて インターネットを見て 近くだから

以前から来ている 看板を見て