【問　診　票】

年　　月　　日

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

1.　症状が出たのはいつごろからですか？

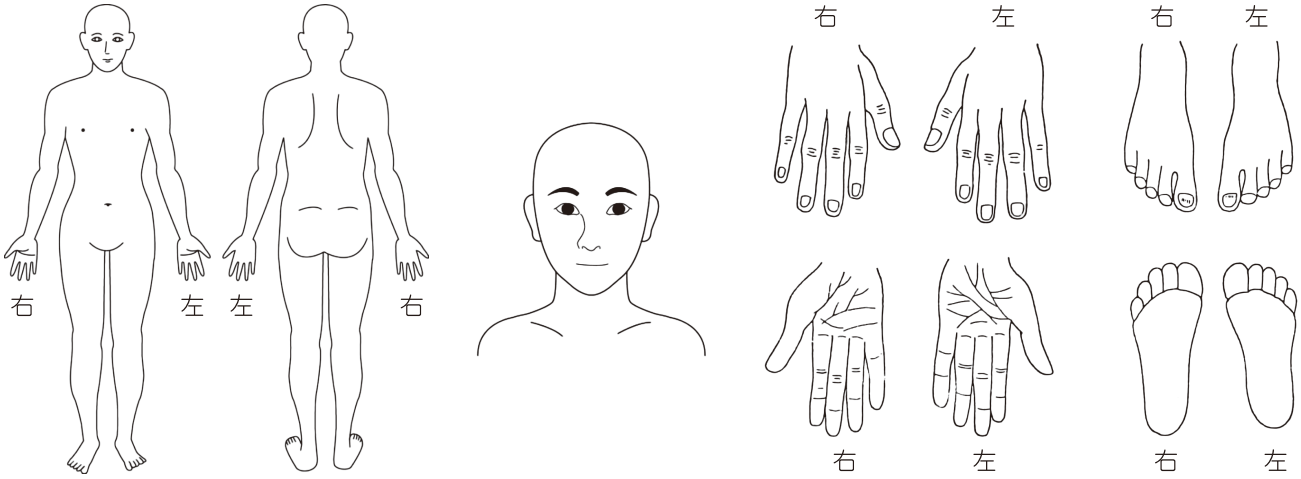
（　　）年（　　）月（　　）日ごろからある。

（　　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.　部位に○をつけてください。



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？

□家族に勧められて　□知人に勧められて　□医療機関からの紹介

□近くだから　□当院のホームページ　□インターネットを見て

□看板（どこの看板ですか？　　）

すずりん皮膚科クリニック

297656