

問 診 票

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	年齢	才 ヶ月
住所・連絡先	〒 - 自宅: () - 携帯: () -		

◆今日はどうされましたか？

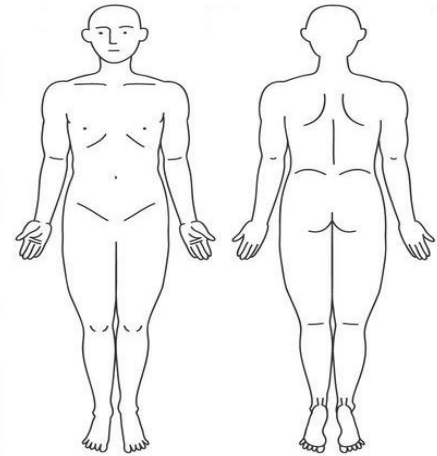
①右図の症状のある部位に○印をつけて下さい。

②いつからですか？ []

③どのようになっていますか？

[]

]]



◆この症状についてどこかで治療を受けましたか？

(該当するものに✓をして下さい)

1. 受けた⇒ [どこで？
どのような治療？]

2. 受けていない

]]

◆皮膚科以外で現在使っている薬がありますか？(該当するものに✓をして下さい。)

1. ある ⇒ ※お薬手帳をお持ちでない方は具体的にご記入下さい。
お薬手帳をご持参の方は問診票と一緒ににお出し頂ければ記入は不要です。

診療科名→
病名→
薬の名前→

2. ない

]]

◆お薬で副作用が出たことがありますか？(該当するものに✓をして下さい。)

1. ある ⇒ いつ、どの薬で、どのような副作用でしたか？ 詳しく記入して下さい。

いつ→
薬の名前→
その時の症状→

2. ない

]]

◆以下の持病はお持ちでしょうか？(該当するものに✓をして下さい。)

1. てんかん 2. 緑内障 3. 前立腺肥大 4. 喘息

◆女性の方へ(該当するものに✓をして下さい。)

1. 妊娠中である 2. 妊娠の可能性がある 3. 授乳中である

ご記入ありがとうございました。

※お呼出し時に、不在等によりお返事のない場合は待ち時間が長くなる場合がございますのでご注意ください。