

問 診 票

令和 年 月 日

| | | | | | |
|------|-----|-----------|------|-------------|----|
| フリガナ | | 性別 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 | |
| 氏名 | | | | 年 月 日 (歳) | |
| 住所 | 〒 - | | | 電話番号 | |
| | | | | 携帯番号 | |
| ご職業 | | 身長 | cm | 体重 | kg |

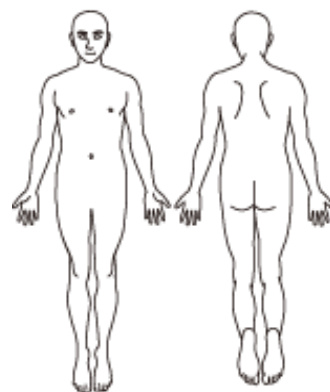
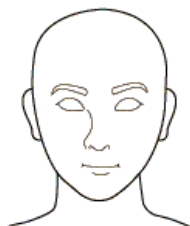
* 以下の質問事項に○をつけてください。

① 今日は何のような症状で来院されましたか？

かゆい ・ 痛い ・ じくじくする ・ 発疹 ・ しこりがある ・ ニキビ
ざらざらする ・ 火傷 ・ 脱毛 ・ うおのめ ・ いぼ ・ その他()

② どここの部位ですか？

○をつけてください。



③ 症状が出たのはいつからですか？

今日から ・ 昨日から
() 日前から ・ () 週間前から ・ () カ月前から

④ ご家族にも同じような症状がありますか？

ある⇒() に同様の症状がある ・ 無

⑤ その症状で他の病院にかかれていたことがありますか？

ある⇒病院名() ・ 無

⑥ アレルギー、または、食物・薬物での異常はありますか？

ある⇒内容() ・ 無

⑦ 現在、服用中の薬はありますか？

ある⇒薬剤名() ・ 無

⑧ 現在、治療中の病気はありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 狭心症 ・ 不整脈 ・ 肝臓病
緑内障 ・ 腎臓病 ・ 結核 ・ 前立腺肥大症 ・ その他()

⑨ 現在、授乳中、または妊娠、妊娠している可能性はありますか？

いいえ ・ 授乳中 ・ 妊娠している ・ 妊娠している可能性がある

⑩ 診療内容が詳しく書かれた明細書の発行は希望しますか？

する ・ しない (希望しないに○でも、必要になった場合はいつでも発行致します。)