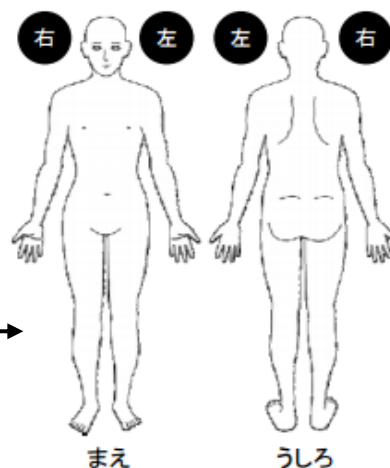


# 問診票

記入日	年	月	日	カルテNo.
フリガナ	性別		大正・昭和・平成	
お名前	男・女		生年月日	年 月 日 ( 歳)
ご住所	〒 -			
携帯	-	-	身長・体重 (お子様)	
ご自宅	-	-	cm	kg

①どうなさいましたか？

かゆい 湿疹 痛い ニキビ いぼ はれ しこり けが  
 やけど 巻爪 傷痕 水虫 ピアストラブル ピアス穴あけ  
 ほくろの心配 ほくろ除去の相談 美容の相談(シミ・シワなど)  
 その他 ( )



②いつ頃から症状が出ていますか？ ( )

③症状が出ている箇所に○をつけてください

④現在他の病院で治療中の病気やケガはありますか？

いいえ・はい ( )

⑤現在使用している飲み薬や塗り薬はありますか？

いいえ・はい：お薬名 ( )

※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください

⑥今までにかかったことのある病気や、治療を受けたことがあるものはありますか？

いいえ・はい：高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 肝障害 腎臓病  
 甲状腺 膠原病 不整脈 喘息 その他 ( )

⑦お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

お薬： いいえ・はい ( )

食べ物： いいえ・はい ( )

その他： いいえ・はい ( )

⑧女性の方へ

現在妊娠中ですか？ いいえ・可能性あり・はい (妊娠 月)

現在授乳中ですか？ いいえ・はい

⑨当院をどちらで知りましたか？

通りがかり インターネット ( )

知人・病院の紹介 ( )

広告 ( ) その他 ( )