

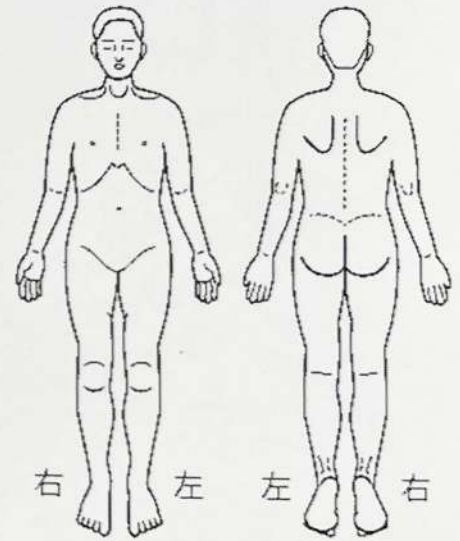
問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日
お名前	男 女	昭和・平成・令和 年 月 日(歳)
ご住所	〒 -	
電話番号	携帯:	15歳以下の方は体重をご記入下さい
	自宅:	
職業		kg

- ① 今日どのような症状でご来院されましたか
かゆい 湿疹 痛い にきび いぼ はれ やけど (軽度)
巻爪 水虫 その他 ()
※シミ,肝斑のご相談は事前カウンセリングで予約制です。

- ② その症状はいつからですか ()
③ 症状の出ている箇所に○をつけてください。 →
④ 現在、治療中の病気はありますか
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 緑内障 気管支喘息 気管支炎
その他 ()



- ⑤ 現在、内服している薬はありますか
いいえ・はい : お薬名 ()

※お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください

- ⑥ これまでに大きな病気はありましたか
いいえ・はい : 病名 ()
⑦ 薬のアレルギーはありますか
いいえ・はい : お薬名 ()
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 カ月)
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 当院ホームページ 家族 知人・病院の紹介 ()
市役所掲示板 入口看板・チラシ その他 ()
⑩ 当院までの通院手段は
車 電車 バス 徒歩 自転車 バイク その他 ()

