

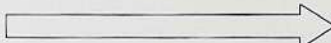
問 診 票

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

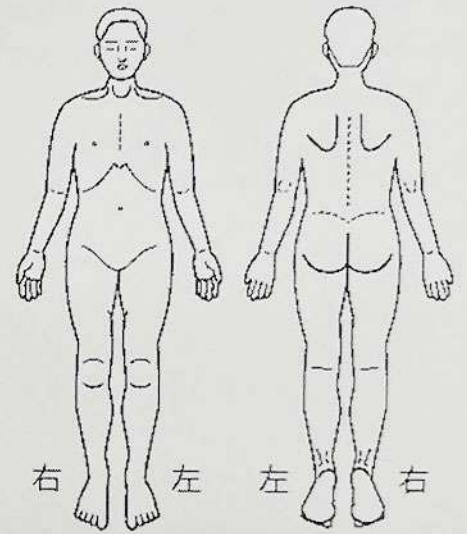
① 今日どのような症状でご来院されましたか
 かゆい 湿疹 痛い にきび いぼ はれ やけど (軽度)
 巻爪 水虫 その他 ()
※シミ、肝斑のご相談は事前カウンセリングで予約制です。

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、使用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 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 ()

