

# 問診票

ふりがな  
名前

生年月日 T/S/H 年 月 日

〒 住所 Tel

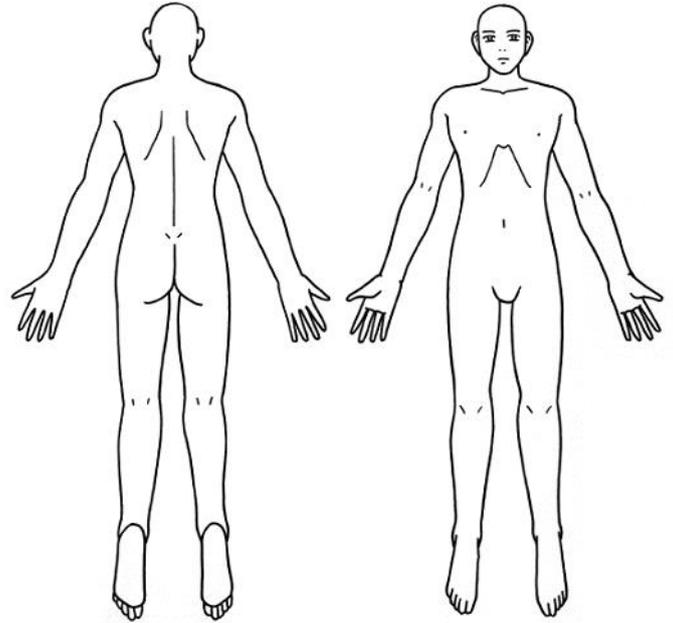
年齢 (才) 体重 (kg) ご職業

Q1 今日はどこを診てもらいたいですか？

※右の図に書きこんでください。

Q2 どんな症状ですか？

かゆみ ・ 痛み ・ ぶつぶつ ・ 水ぶくれ  
しこり ・ ホクロ ・ にきび ・ イボ  
タコ ・ みずむし  
その他 ( )



Q3 症状はいつ頃からですか？

数日前 ・ 数週間前 ・ 数か月前 ・ 数年前  
その他 ( ) ・ わからない

Q4 症状は変化していますか？

悪くなっている ・ 変わらない ・ 良くなっている

Q5 思い当たる原因はありますか？

くすり ・ 食べ物 ・ 化粧品 ・ 虫 ・ その他 ( ) ・ わからない

Q6 今日の症状で他院で治療を受けたことはありますか？

治療中 ・ 治療していた ・ ない

Q7 今までにかかった病気があれば選んでください。

特になし ・ アトピー性皮膚炎 ・ 花粉症 ・ ぜんそく ・ 糖尿病 ・ 胃の病気 ・ 心臓病 ・ 高血圧  
肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障 ・ その他 ( )

Q8 現在内服しているまたは使っているお薬はありますか？

ある ( ) ・ ない

Q9 お薬のアレルギーはありますか？

ある ( ) ・ ない

Q10 ご家族にアレルギー疾患の方はいますか？

いる ( ) ・ いない

Q11 女性の方に質問です。

妊娠中である ・ 妊娠の可能性がある ・ 妊娠はしていない ・ 授乳中である

Q12 当院を何にお知りになりましたか？

フェイスブック ・ ホームページ ・ 通りがかり ・ 口コミ ・ その他

お疲れ様でした。受付に渡していただき、もうしばらくお待ちください。