

問 診 表

平成 年 月 日

ふりがな				明・大・昭・平	年	月	日生	歳
お名前	(男・女)			体重	(kg・g)		ご職業	
				ご住所		〒	電	自宅
				話	携帯		()	

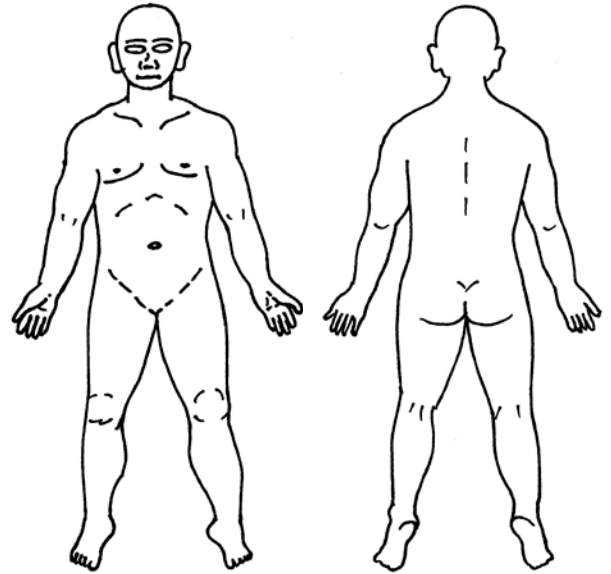
該当する項目に✓印、もしくはご記入下さい。

体温 (熱がある場合) °C

(1) いつからですか？

- 今日 (時ころ)
- 昨日から
- () 日前から
- () 週間前から
- () カ月前から
- () 年前から
- () 歳頃から
- 生れた時から

(2) 今日みてもらう場所はどこですか？
(身体の悪い部分に印をつけてください)



(3) どんな症状ですか？

- かゆい 痛い 痛くも痒くもない 虫さされ
- 赤い かさかさ ぶつぶつ 水ぶくれ・皮むけ
- 何らかのできもの アザ (赤・青・黒) イボ ほくろ
- 脱毛 ニキビ 水虫 やけど ケガ その他()

(4) 現在つけている、または最近までつけていた薬はありますか？

- はい いいえ

(5) 現在飲んでいる薬や、現在使っている注射はありますか？

- はい いいえ

処方薬がありましたら、必ず
受付にお薬手帳をお渡し下さい

※市販のつけ薬、のみ薬、サプリメントなどあれば以下にご記入下さい
(商品名:)

(6) 現在治療中、または今までかかった病気はありますか？ ○印、またはご記入下さい。

- はい → 肝臓の病気 腎臓の病気 高血圧 動脈硬化 心臓の病気 糖尿病 高脂血症
- いいえ 甲状腺の病気 緑内障 胃・十二指腸潰瘍 前立腺肥大
- 喘息 けいれん じんま疹 花粉症 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎
- その他 ()

(7) ①のみ薬、注射、食べ物などで、具合が悪くなったり発疹が出たことがありますか？

- はい (薬品・食品名) いいえ

②ぬり薬、貼り薬、消毒剤などで、かぶれたことがありますか？

- はい (薬品名) いいえ

(8) 動物 (ペットを含めて) を飼っていますか？

- はい (動物名) いいえ

(9) 女性の方へ：妊娠中ですか？ はい (何週ですか？) いいえ

- 授乳中 育児希望あり