

問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日
お名前	男・女	T・S H・R 年 月 日 (才)
ご住所	(〒 —) TEL: 携帯:	

15歳以下のみ記入：身長 cm 体重 kg

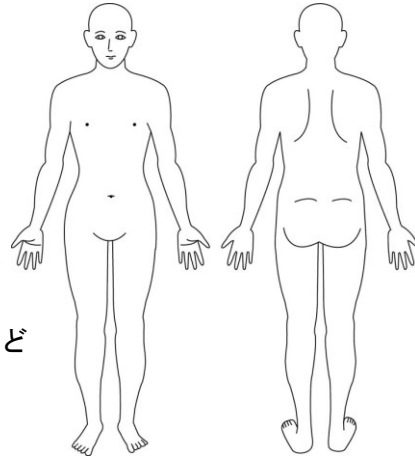
■ 熱がある方：体温 () °C

■ 症状が出たのはいつからですか？

[] から

■ どのような症状ですか？

かゆい・ 痛い ・ 腫れている ・ 水虫 ・ じんましん ・ いぼ
ニキビ ・ タコ・ウオノメ ・ 虫刺され ・ できもの ・ やけど
その他 ()



■ この症状で現在治療は受けていますか？ はい ・ いいえ

どのような治療ですか？

[]

■ 現在、他に治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ

糖尿病 ・ 腎臓病 ・ 肝疾患 ・ 心臓病 ・ 胃潰瘍 ・ 喘息 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大
高血圧 ・ その他 ()

■ 現在、飲んでいる薬はありますか？ はい ・ いいえ

お薬の名前

[]

■ 薬や食べ物やその他（花粉症、喘息など）のアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

[]

■ 女性の方にお尋ねします。

現在妊娠されていますか？ はい ・ 可能性あり ・ いいえ

現在授乳されていますか？ はい ・ いいえ

■ 当院へ来院されたきっかけを教えてください。

通りがかり ・ ホームページ ・ 知人の紹介 ・ 広告 ・ 家族の紹介

その他 ()