

問診票

ふりがな		生年月日	
お名前		大・昭・平・令	
	男・女	年 月 日 () 歳	
ご住所	〒		体重 (15歳以下の方) kg
携帯番号		ご職業	
電話番号	()		

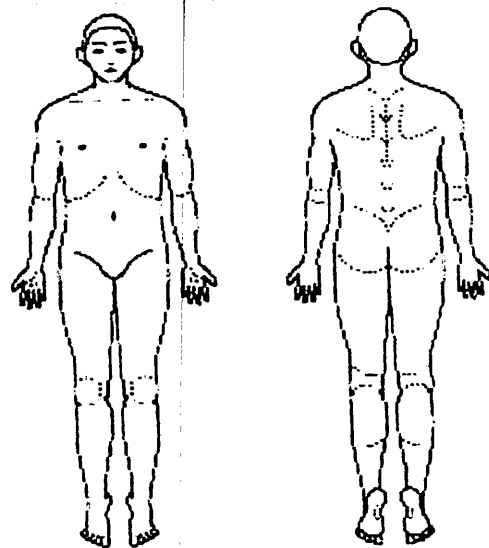
① 今日 **どのような症状** で来院されましたか？

かゆみ ・ 痛み ・ できもの ・ 水虫 ・ にきび ・ 巻き爪
やけど (労災の方は受付にお声かけ下さい) ・ その他 ()

② 診察を希望される部位を右の図に○を付けてください。

③ その症状は **いつごろから** ですか？

()



④ それについて、今までどこかで**治療**されていますか？

いいえ・はい (どこで? :)

⑤ **薬(内服薬、注射)のアレルギー** がありますか？

いいえ ・ はい → 薬の名前が分かれば書いてください ()
(抗生物質 ・ かぜ薬 ・ 痛み止め ・ 局所麻酔薬 ・ その他 ())

⑥ 今までに **かかった病気** を教えてください。

糖尿病 (HbA1c:) ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病
がん ・ 透析中 ・ その他 ()

⑦ 現在、**内服中の薬**はありますか？本日のお薬手帳があれば **診察室で** ご提示ください。

⑧ 現在、**妊娠・授乳中**ですか？ (男性の方は記入不要です)

妊娠していない 妊娠の可能性がある 妊娠中 授乳中

⑨ 当院にご来院されたきっかけを教えてください。

知人/家族の紹介 ・ ホームページ ・ 近いから ・ 当院の看板を見て
他の医療機関からの紹介 (病院名:) ・ その他 ()