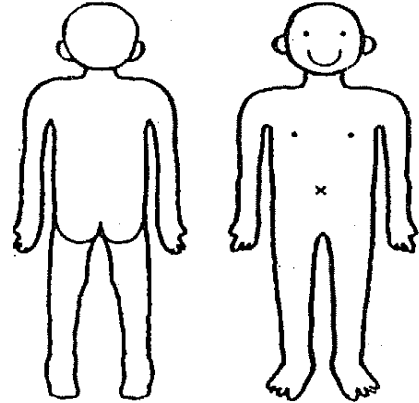


# 問 診 票

フリガナ 氏 名	_____	生年 月 日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒 _____	電 話	自宅： 携帯：
家族構成 (一緒にお住まいの方) に○印を付けるか、ご記入下さい。 一人暮らし・夫・妻・父・母・嫁・婿・祖父・祖母・兄弟 ( 人) 子供 ( 人)・孫 ( 人)・その他 ( 人)		相談出来る方はどなたですか？ ( )	

☆今日どのような症状で来院されましたか？該当する項目、症状がある場所に○印をつけてください。

1. かゆい
2. 湿疹ができています
3. 腫れている、または痛い
4. 水虫
5. その他 ( )



☆症状が出たのはいつ頃からですか？

( ) 時間前 ( ) 日前から ( ) 週間前から ( ) ヶ月前から ( ) 年前から

☆その症状について治療、手術を受けたことがありますか？

いいえ はい【いつ頃： \_\_\_\_\_】【どこで： \_\_\_\_\_】

☆今まであるいは現在、治療中の病気はありますか？「はい」の方は該当する箇所に○印をつけてください。

いいえ はい【高血圧・糖尿病・癌・喘息・緑内障・脳梗塞・脳出血・腎臓・肝臓・胃腸・その他 ( )】

☆薬や注射、食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ はい【薬品名： \_\_\_\_\_】【食べ物： \_\_\_\_\_】【その他： \_\_\_\_\_】

☆貼り薬や塗り薬でかぶれたことはありますか？

いいえ はい【薬品名： \_\_\_\_\_】

☆今までに、大きな病気になったことや、手術を受けたことはありますか？

いいえ はい【病名： \_\_\_\_\_】【いつ頃： \_\_\_\_\_】【どこで： \_\_\_\_\_】

☆現在何かお薬をお飲みですか？また、お薬手帳があれば受付までご提出お願いします。

なし あり【薬品名： \_\_\_\_\_】

☆アルコール、たばこについて教えてください。

お 酒：【飲まない・時々飲む・毎日飲む・やめた (約 \_\_\_\_\_ 年前に禁酒)】  
たばこ：【吸わない・時々吸う・吸 う・やめた (約 \_\_\_\_\_ 年前に禁煙)】

☆女性の方へ。 妊娠の可能性が (ない・ある)・妊娠中・授乳中・閉経した ( \_\_\_\_\_ 歳頃)

☆ご来院のきっかけを教えてください。

ネット・病院ナビ・ちらし・回覧板・看板 (駅・電柱・野立)・口コミ・他病院からの紹介・通りがかり・その他 ( \_\_\_\_\_ )