

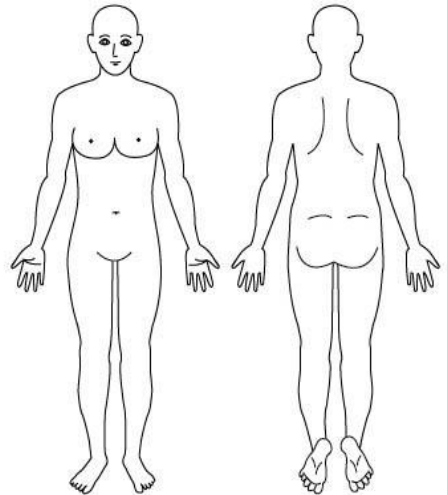
問 診 票

年 月 日

ふりがな		男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	
			年	月 日
住所	〒		自宅電話()	
			携帯電話()	
職業 (具体的に)			身長:	cm
			体重:	kg

1. 今日はどうされましたか。

- ・症状のある部位を○で囲んでください。
- ・いつからですか ()
- ・どのような症状ですか。 かゆい 痛い
- その他 ()



2. 上記の症状でこれまで治療を受けましたか

- はい→ 病院名 ()
- 処方薬 ()
- いいえ

3. 現在治療中の病気はありますか。

- 高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 精神疾患 前立腺肥大症
- 緑内障 その他 ()

4. アレルギーをお持ちですか。 はい いいえ

- アトピー性皮膚炎 喘息 花粉 食べ物 ()
- 薬剤 () その他 ()

5. 女性の方で該当される方のみご記入ください。

- 現在妊娠している () 月 妊娠する予定がある 授乳中

6. 来院されたきっかけを教えてください。

- 家族 知人 ホームページ 近所だから 以前から来ている
- その他 ()