

# 問 診 票

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ふりがな

氏名\_\_\_\_\_生年月日\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(\_\_\_\_歳) 身長\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_kg

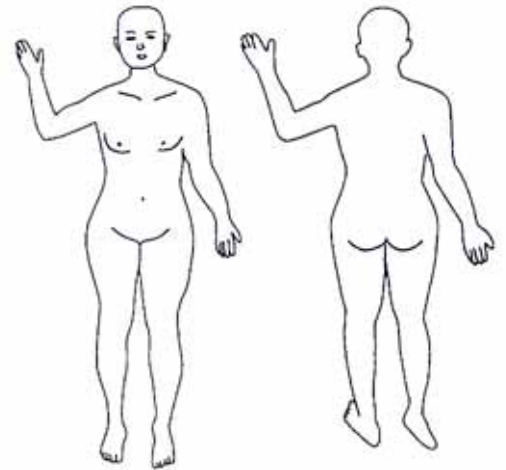
住所(〒\_\_\_\_\_)

電話 自宅(\_\_\_\_\_) - 勤務先(\_\_\_\_\_) - 携帯(\_\_\_\_\_) -

1. 今日は、どのような症状で受診されましたか？

それはいつからですか？

症状のある部位を右の図に示して下さい。



2. 今回の症状について行った治療がありますか？ご自分でされた治療もお書き下さい。

3. ご自身で思い当たる原因があればお書き下さい。

4. 現在、治療中の病気や使用中(市販薬も含め)の薬があればお書き下さい。

病名： (お薬手帳があれば提出して下さい)

薬の名前：

5. アレルギーがありますか？(ある・ない)

喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎(花粉症) 薬( )

食物( ) その他( )

6. 治療中に気分が悪くなった事がありますか？(ある・ない)

あれば何の治療の際かお書き下さい。

7. 過去に重い病気や手術をしたことがありますか？(ある・ない)

あれば内容をお書き下さい。

8. 現在妊娠中ですか？(はい・いいえ) 現在授乳中ですか？(はい・いいえ)

9. 喫煙 本/日(× 年間) 飲酒 合/日

10. 治療に対する要望があればお書き下さい。