

問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな ご氏名 (男・女)		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生(満 歳)	
〒 ご住所				
携帯電話		電話番号		
ご職業	身長	cm	体重	kg
			体温	℃

●女性の方へ 妊娠中ですか (はい [第 週] ・ いいえ) 可能性 (あり・なし)
授乳中ですか (はい ・ いいえ)

●どのようなことで来院されましたか 当てはまるものに○をつけてください。

・いつ頃から

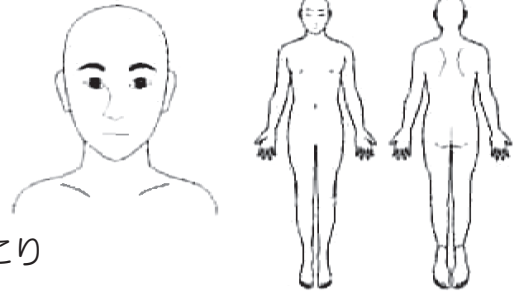
さっき・今朝・昨夜・昨日・() 日前・() 週間前・() カ月前・() 年前

・どの部位に

全身 頭・かみの毛 顔 () 首 うで 手
むね おなか 背中 おしり いんぶ
太もも・すね 足 つめ

・どんなことですか

かゆい 赤い ぶつぶつ 痛い 腫れ
カサカサ じんましん にきび めけ毛
水虫 タコ・ウオノメ いぼ まき爪
キズ・ケガ やけど とこずれ できもの・しこり
ほくろ 美容的なシミ・シワ・たるみ 医療脱毛
虫刺され・動物に咬まれた
その他 ()



・このことで何か治療していましたか (はい ・ いいえ)

はいの方→家にあった薬・薬局で買った薬を使用した 名前 ()
病院に通った 病院名 ()

・家族に同じような症状の方はいますか (いる ・ いない)

●現在、他院にて通院中や、治療中の病気はありますか (ある ・ ない)

ある方→病院名 ()
糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃潰瘍 高脂血症
喘息 肺の病気 () 癌 アレルギー性結膜炎 アレルギー性鼻炎
緑内障・眼圧が高い 白内障 前立腺肥大症
その他(病名) ()

●健康食品を含めて、現在飲んでいる薬はありますか (ある ・ ない)

ある方→名前 ()
お薬やお薬手帳を持参されていればお見せ下さい

●今までに薬や食べ物で副作用 (ショック・発疹・気分不快) がありましたか (ある ・ ない)

ある方→名前 ()

●今までに手術を受けたことや、入院したことはありますか (はい ・ いいえ)

はい→いつ頃・病名 ()

●タバコは吸いますか (吸わない・1日 [] 本吸う・以前は吸っていた)

●アルコールは飲みますか (飲まない ときどき よく飲む)

●ペットを飼育していますか いない ・ いる (犬・ネコ・鳥・その他)

●最近1~2年の間に海外へ行きましたか いいえ ・ はい いつ ()
どこ ()