

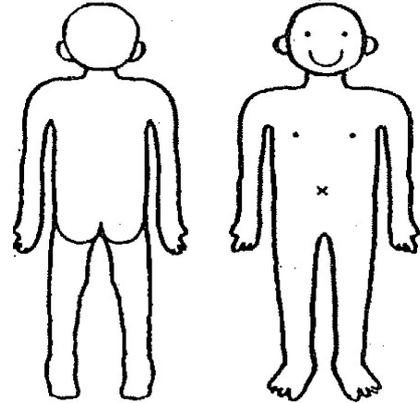
# 問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ 氏 名	_____	生年 月 日	大正・昭和 平成・令和 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）		職業	病状について相談できる方

☆今日は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、手術をう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をお願いします。

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・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（ \_\_\_\_\_ ）