

問診票 ※(一般診療)

記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日：
氏名 (男・女)	T・S・H・R 年 月 日 歳
	小児体重 kg
	職業
住所 〒	自宅 TEL 携帯 TEL

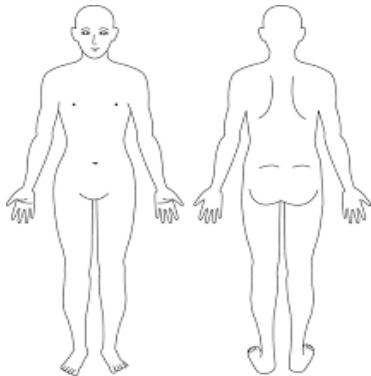
1.本日はどのようなことで受診されますか？

①いつ頃からですか？ 年 月 日

②どこが、どのように調子が悪いですか？○をつけてください。

- 1 かゆみ 2 赤み 3 痛み 4 湿疹 5 アトピー 6 蕁麻疹
 7 虫刺され 8 乾燥 9 腫れ 10 膿かぶれ 11 いぼ 12 吹き出物
 13 にきび 14 花粉症 15 水虫 16 たこ・うおのめ 17 巻き爪 18 やけど
 19 水ぶくれ 20 日焼け 21 外傷 22 傷跡 23 脱毛症 24 あざ 26 その他

気になる症状の部位を○で囲んでください。



2.今までに病気、けが、事故などで治療、手術を受けたことがありますか？『あり・なし』

糖尿病・心臓病・高血圧・緑内障・腎臓病・肝臓病

その他 ()

※現在くすりを飲んでいますか？ 『あり・なし』

☆お薬手帳がありましたら診察室で提示をお願いいたします。

薬品名：

3.アレルギー体質はありますか？ 『あり・なし』

※薬 () その他 ()

※ぜんそく 鼻炎

4.該当する項目がありましたら、○をつけて下さい。(女性のみ)

妊娠中・授乳中・生理中 (日目)

※ご記入ありがとうございます。記入できましたら、受付までお待ちください。

※内容は個人情報として法人内でのみ使用し厳重に取り扱います。