

## 問診票

初診日 令和 年 月 日

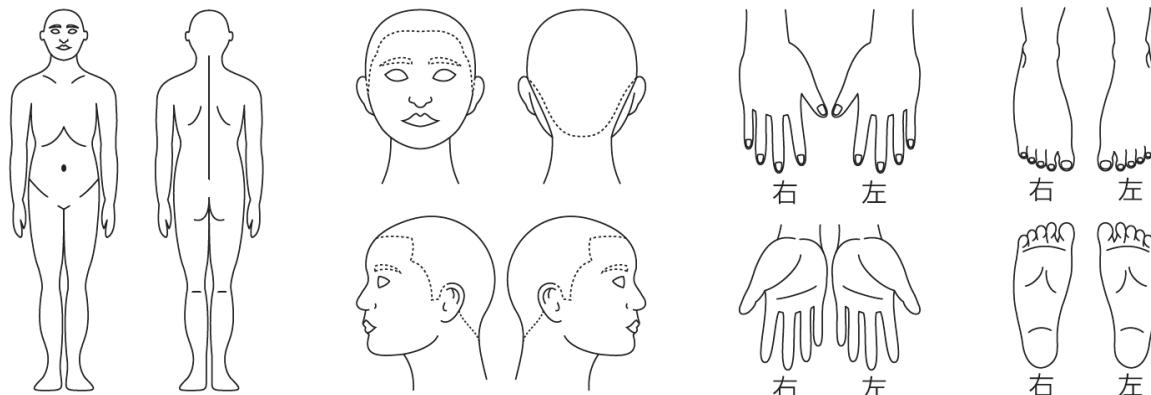
ふりがな 氏名		男 女	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 年 歳 カ月 )
住所	〒 一		電話番号 : 緊急時 :
ご職業		身長 cm	体重 kg

1. いつから、どのような症状がありますか？

・いつから：

・症状：かゆい、痛い、かさかさ、赤くなっている、水虫、イボ、ホクロ、きず、虫刺され、できもの、にきび、脱毛、巻き爪、あざ、その他（ ）

・その症状について、過去に治療を受けたこと、あるいは現在受けていますか？（ はい · いいえ ）

※『はい』の場合、これまで使用されたお薬をご記入下さい。あるいは診察時にお薬手帳をお見せ下さい。  
(お薬名 )

2. 現在、他に治療中の病気はありますか？（ はい · いいえ ）

病名（ ） 病院名（ ）  
お薬（ ）

3. 今までに、何か病気にかかったり、治療を受けたことがありますか？

・アトピー性皮膚炎 · アレルギー性鼻炎 · 喘息 · 糖尿病 · 心臓病 · 肝臓病 · 腎臓病  
・高血圧 · 胃潰瘍 · 膜原病 · 前立腺肥大 · 緑内障 · 白内障  
・手術（ ） · その他（ ）

4. ご家族の方にアレルギー疾患の方はおられますか？

・アトピー性皮膚炎 · アレルギー性鼻炎 · 喘息 · その他（ ）

5. お薬、食べ物などでアレルギー症状などが出たことがありますか？（ はい · いいえ ）

お薬、食べ物の名前（ ）

6. 治療のご希望をお聞かせ下さい。

・健康保険の範囲内で治療 · 健康保険外の治療も希望 · 応急処置のみ希望 · 漢方治療を希望  
・その他（ ）

7. (女性の方に) · 現在、妊娠している、あるいはその可能性がある。（妊娠 週） · 可能性なし · 授乳中

8. ご紹介の方がいらっしゃいましたらご記入下さい。

紹介者（ 様より） 医療機関（ より）