

ID:

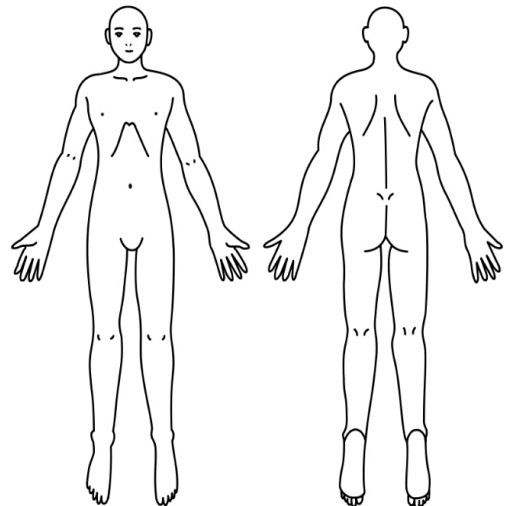
# 問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	M・T・S・H 年 月 日 ( 歳 ヶ月)
お名前			
ご住所 〒	—		
電話番号	— —	E-mail	@
身長 ( cm)	体重 ( kg)	体温 ( °C)	

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

- ・いつから ( )
- ・症状のあるところにはどこですか。(図に○をつけて下さい)
- ・どのような症状ですか。  
( )



2. この症状で、現在あるいは過去に治療を受けていますか。

- (はい・いいえ)・はいの方 … 病名 ( )
- また、その治療で変化はありましたか。  
(よくなった・悪くなった・変わらない)
- (その他 )

3. 今までにかかった病気がありますか。

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

4. 現在、他の病院にかかっていますか。(はい・いいえ)

- ・はいの方 … ( 科)、病名 ( )

5. 現在、使用している薬はありますか。(はい・いいえ)

- ・はいの方 … 内服薬 ( ) ※※お薬手帳をお持ちの方は、  
外用薬 ( ) そのままお出し下さい※※

6. 麻酔をしたことはありますか。(はい・いいえ)

7. 今までにお薬や食べ物、麻酔でアレルギーを起こしたことがありますか。(はい・いいえ)

- ・はいの方 … ( )

8. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか。(はい: \_\_\_\_\_ ヶ月・いいえ)、授乳中ですか。(はい・いいえ)

9. 何を見て来院されましたか。

- 知人、家族の紹介・看板・電柱広告・クリニックのホームページ・その他 ( )