

問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
ご氏名	(男・女)		(満 歳)
ご住所	〒		
電話番号		体重	体温(熱がありそうな場合)
		kg	℃
携帯電話		本人・母・父 その他()	ご職業

■ **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)

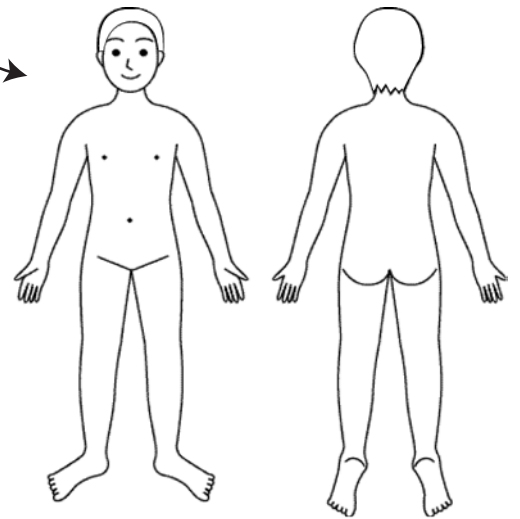
● **いつ頃から**

さっき・今朝・昨夜・昨日・()日前・()週間前・()ヶ月前・()年前

● **どの部位に** (診察を希望される場所を○で囲んでください)

● **どんな症状ですか**

かゆい 赤い ぶつぶつ じんましん 痛い
 水虫 タコ・ウオノメ キズ・ケガ やけど
 とこずれ できもの・しこり ほくろ
 虫に刺された・動物に咬まれた()
 その他 ()



● **このことで何か治療をしていましたか** (はい・いいえ)

その内容 ()

● **家族に同じような症状の方はいますか** (いる・いない)

● **お仕事中に起こった事故・ケガですか** (はい・いいえ)

■ **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 ()

病名 ()

■ **健康食品を含めて、現在飲んでる薬はありますか** (ある・ない)

ある方 → 名前 (お薬かお薬手帳を持参)

■ **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 ()

■ **女性の方へ**

妊娠中ですか (はい [第 週]・いいえ) 拳児希望(あり・なし)

授乳中ですか (はい・いいえ)