

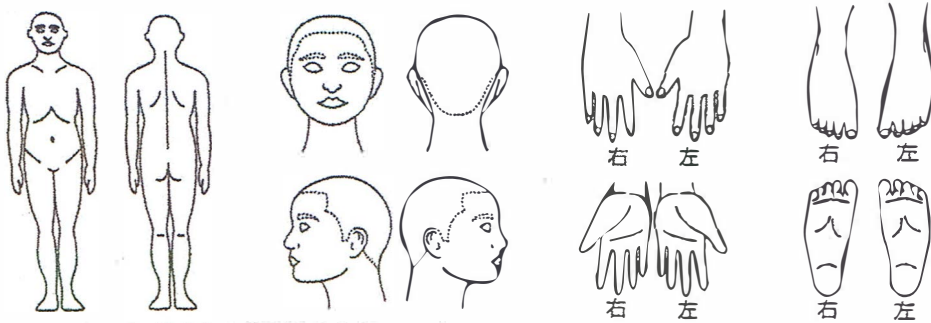
問診票

(No.)

年 月 日

ふりがな 氏名		男・女	生年月日 年 月 日	歳
住所	〒 電話番号 (ご自宅) (携帯)			
職業		身長	c m	体重
				k g

1. いつからどんな症状がありますか
- ・ どれ位前から ; (年 ヶ月 週 日) 前から
 - ・ 症状 ; かゆい・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・できもの・にきび・その他 ()
 - ・ 上記の症状に関して、治療を受けたことがありますか (はい・いいえ)
 - 病名 () 病院名 ()
 - ・ 部位 (下の図に印をつけて下さい)



2. 現在、他に治療中の病気・使用中の薬はありますか (はい・いいえ)
- 病名 () 病院名 ()
- 使用中の薬 ()
3. 今までに、どんな病気にかかったり、治療を受けたりし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 (花粉症)・喘息・糖尿病・心臓病・高血圧・胃潰瘍・肝疾患・腎疾患・膠原病・前立腺肥大・緑内障・輸血・手術 ()
- その他 ()
4. ご家族の方にアレルギー疾患をもっている方がいらっしゃいますか
- アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎 (花粉症)・喘息・その他 ()
5. 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか (ある・ない)
- 薬・食べ物の名前 ()
6. 《女性の方に》 現在妊娠中・授乳中ですか、またはその可能性がありますか
- 現在妊娠している (妊娠 ヶ月)・妊娠の可能性あり・妊娠の可能性なし・授乳中
7. 当クリニックをどちらでお知りになりましたか
- 通りがかりに・ぼど・HP・新聞折込み・電柱広告・バス車内放送
- ご紹介 (様より)・その他 ()
8. その他、お気づきの点がありましたら、ご記入下さい。