　　　　● 問　診　票 ● 　　　　　　

　　ＩＤ番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入年月日　　　平成　　　年　　　月　　　日

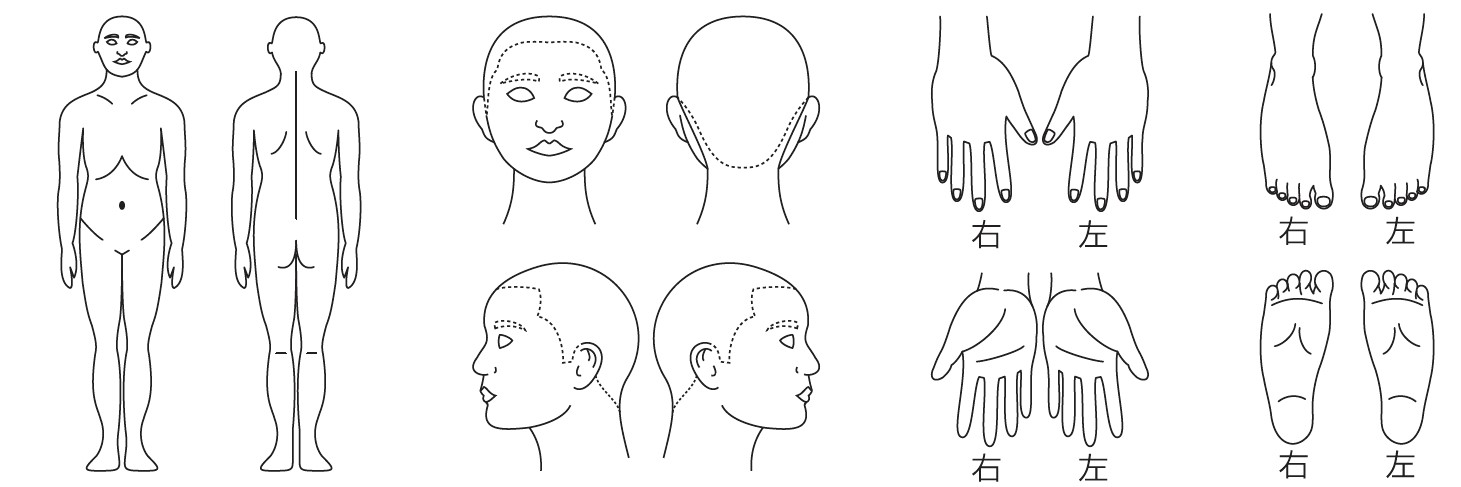
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日（大正・昭和・平成）  　　　年　　　月　　　日 | | 歳 | 男　・　女 |
| お名前 |  |
| ご住所 | 〒 | | 電話番号 |  | |

**１、どんな症状がありますか？**

1. **いつから**：さっき・今朝・昨日・（　　）日前・（　　）週間前・（　　）ヵ月前・（　　）年前
2. **症状**：痛い・かゆい・赤い・にきび

　　※具体的に記載してください。

1. **症状のある部位に○印をつけてください。**



1. **上記の症状に関して、現在または以前に使用していた薬があれば教えてください。**

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**２、今までに下記のような病気をされたり、現在治療中の病気がありますか？**

　　　　１、糖尿病　２、肝臓病　３、腎臓病　４、心臓病　５、緑内障　６、前立腺肥大

　　　　７、アトピー性皮膚炎　８、アレルギー性鼻炎・結膜炎（花粉症）　９、喘息

　　　　10、掌蹠膿疱症　11、その他の重い病気やケガ　（　　　　　　　　　　　　　　　　）

**３、現在服用中の他科の内服薬、常用薬（市販薬・健康食品を含む）はありますか？**

　　　　ない・ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　※おくすり手帳を持参している場合は診察時に提出してください。

**４、薬、注射、麻酔、食べ物で発しんがみられたり、気分が悪くなったことがありますか？**

**また、塗り薬や貼り薬でかぶれたことはありますか？**

　　　　ない・ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**５、自動車の運転など危険を伴う機械の操作をされますか？**

　　　　しない・時々する・いつもする・運転の仕事をしている

**６、女性の方にのみお尋ねします。**

**a)妊娠中ですか？**（いいえ・はい【第　　週】）　**妊娠予定**（なし・あり）

**b)授乳中ですか？**（いいえ・はい）

**７、当院を受診するきっかけを教えてください。（複数回答可）**

　　　　通りがかりで・診療時間帯があっている・診療曜日があっている・看板（道路・駅構内）

家族の紹介・知人（　　　　　　　）様の紹介・医院（　　　　　　　）の紹介

インターネット（パソコン・携帯）・タウンページ・その他（　　　　　　　　　　　　　）

**８、特に気になること、希望することがございましたらお書きください。**