

問 診 票

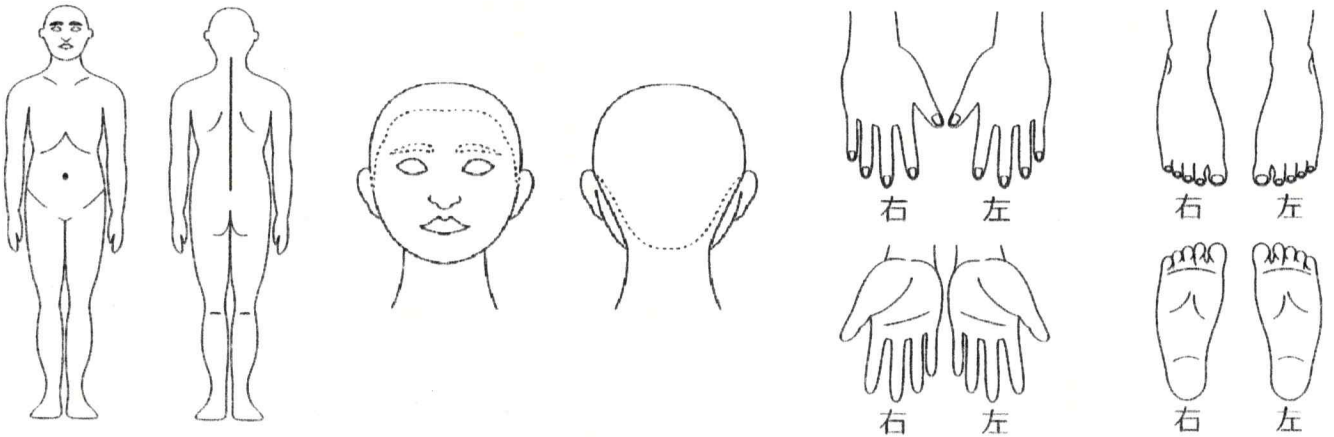
ID番号 _____

記入年月日 _____

年 月 日

フリガナ		生年月日(T・S・H・R) 年 月 日	歳	男 ・ 女
お名前				
ご住所	〒 _____	電話番号		

1. 症状のある部位を ○ で囲んでください



a) いつから 今日 昨日 〇 日前 〇 週間前 〇 カ月前 その他 ()

b) 症状 痛い かゆい 赤い にきび
 その他

[_____]

c) 上記の症状に関して使用していた薬があれば教えてください

(_____)

2. 現在治療中の病気や過去に罹った病気がありますか？

- アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 (花粉症) 高血圧 心臓病 糖尿病
- 胃潰瘍 肝疾患 腎疾患 透析中 膠原病 前立腺肥大 緑内障
- その他 ()

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？

- いいえ はい、お薬手帳持参あり
- はい、お薬手帳持参なし ⇒ (医薬品名: _____)

4. 過去に薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？

- いいえ はい (原因: _____ 症状: _____)

5. 自動車などの運転または危険を伴う機械操作をされますか？

- いいえ はい ⇒ (運転の仕事に従事 通勤、買い物などでいつも運転する 左記以外)

6. 女性の方にお尋ねします 妊娠中ですか？ いいえ はい【第 _____ 週】

授乳中ですか？ いいえ はい

7. 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

[_____]