

問 診 票

フリガナ		生年月日
お名前	男 ・ 女	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳)
住 所	〒	15歳以下の方 体重 Kg
携帯電話		自宅電話

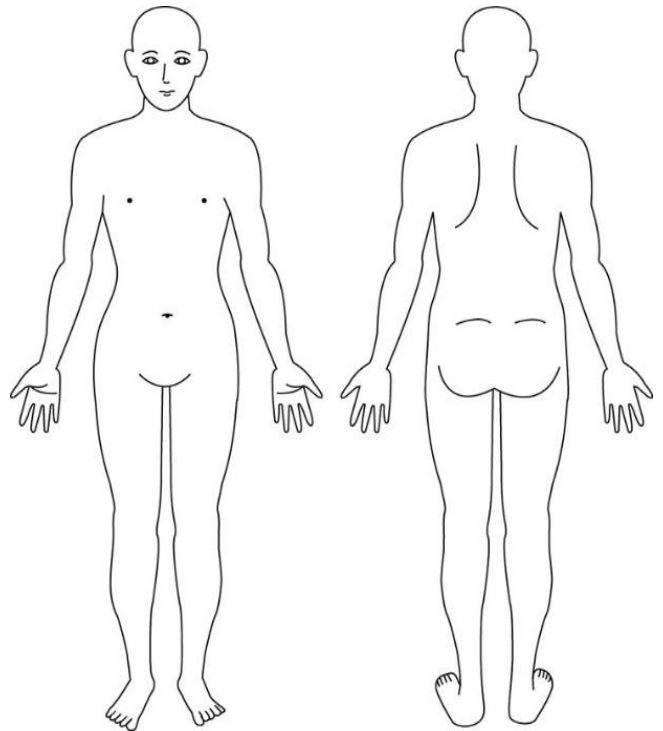
①本日はどのような症状で来院されましたか。

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ かゆい ・ 痛 い ・ 湿疹 (発疹) ・ ヤケド ・ ニキビ ・ できもの ・ その他 ・ ほくろ ・ その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・ ほくろ ・ 水 虫 ・ イ ボ ・ し み ・ すり傷 ・ 切り傷 ・ 脱毛症 |
|--|---|

()

②いつからですか ()

③どこの部位ですか ○をつけてください



④薬や食べ物によるアレルギー症状 (発疹など) を おこしたことがありますか。

ある ・ ない

ある場合はいつ頃、どのような症状でしたか

()

⑤今までかかった病気はありますか

- ・ 高血圧
- ・ 糖尿病
- ・ 心臓病
- ・ 肝臓病
- ・ 腎臓病
- ・ 緑内障
- ・ 喘息
- ・ その他 ()

飲んでいるお薬をお書きください

()

⑥女性の方にお尋ねします。 妊娠中 または 授乳中ですか