

ID

問診票

初診日 令和 年 月 日

| | | | |
|------|-----|---------------|------------------------------|
| ふりがな | | 男 | 生年月日 |
| 氏名 | | 女 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳 カ月) |
| 住所 | 〒 ー | 電話番号： 緊急時： | |
| ご職業 | | 身長 | cm 体重 kg |

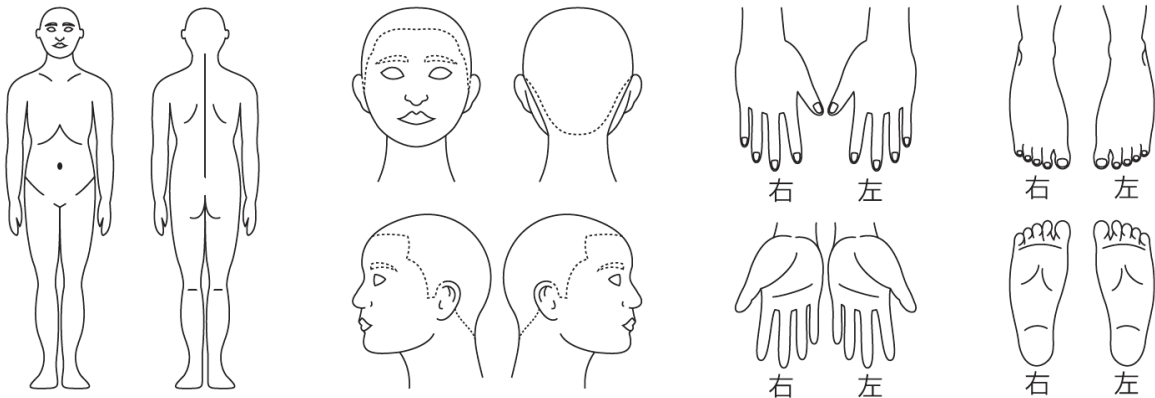
1. いつから、どのような症状がありますか？

・いつから：

・症状：かゆい、痛い、かさかさ、赤くなっている、水虫、イボ、ホクロ、きず、虫刺され、できもの、にきび、脱毛、巻き爪、あざ、その他（ ）

・その症状について、過去に治療を受けたこと、あるいは現在受けていますか？（ はい ・ いいえ ）

※『はい』の場合、これまで使用されたお薬をご記入下さい。あるいは診察時にお薬手帳をお見せ下さい。
（お薬名 ）



2. 現在、他に治療中の病気はありますか？ （ はい ・ いいえ ）

病名（ ） 病院名（ ）
お薬（ ）

3. 今までに、何か病気にかかったり、治療を受け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 ・喘息 ・糖尿病 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病
・高血圧 ・胃潰瘍 ・膠原病 ・前立腺肥大 ・緑内障 ・白内障
・手術（ ） ・その他（ ）

4. ご家族の方にアレルギー疾患の方はおられますか？

・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性鼻炎 ・喘息 ・その他（ ）

5. お薬、食べ物などでアレルギー症状などが出たことがありますか？ （ はい ・ いいえ ）

お薬、食べ物の名前（ ）

6. 治療のご希望をお聞かせ下さい。

・健康保険の範囲内で治療 ・健康保険外の治療も希望 ・応急処置のみ希望 ・漢方治療を希望
・その他（ ）

7. (女性の方に) ・現在、妊娠している、あるいはその可能性がある。(妊娠 週) ・可能性なし ・授乳中

8. ご紹介の方がいらっしゃいましたらご記入下さい。

紹介者（ ）様より（ ）医療機関（ ）より