

問 診 票

年 月 日

ふりがな		住所	〒 -	
氏名				
大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)	男・女		
職業		電話	(自宅)	(携帯)

* 今まで使用したお薬で、アレルギーが出たことはありますか？

いいえ はい (薬品名)

* 今までに大きな病気、手術をしたことはありますか？

いいえ はい (病名)

* 現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい (病名)

* 現在使用している薬があれば教えてください。

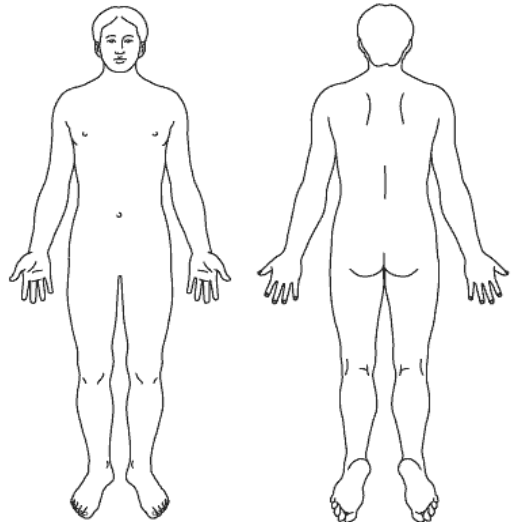
* (女性の方のみ) 現在妊娠されている可能性はありますか？

いいえ はい (週)

1. 本日はどのような症状ですか？

(症状と部位に○印をつけてください)

かゆい いたい いたくもかゆくもない いたがゆい
 腫れている けが 手足のいぼ 水いぼ 水虫
 ほくろ 顔のシミ 顔のいぼ ニキビ できもの
 皮膚に熱感がある 熱がある(度 分)
 やけど(何で :)
 その他()



2. いつからですか？

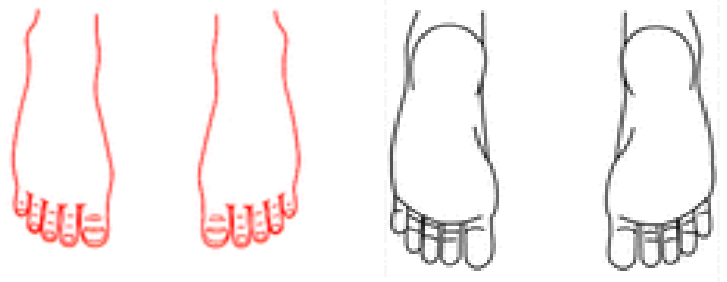
(例) ○月△日から、○日前から

3. この症状でこれまで治療を受けたことがある方は、ご記入ください。

・受診した医療機関名

※足・爪の症状の方は詳しく教えてください。

・治療に使用していた薬



※ 座っているのがつらいほど具合の悪い方、水ぼうそう・はしかなどの疑いのある方はお声かけください。