

# 問 診 票

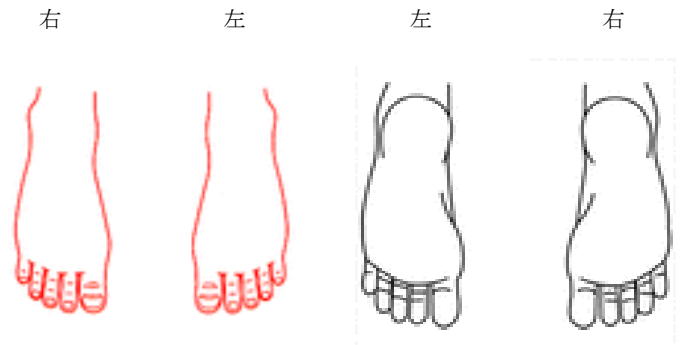
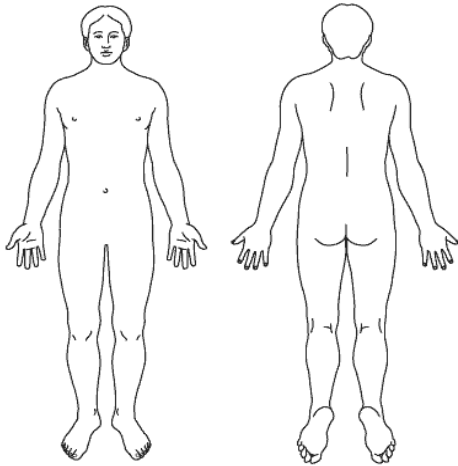
年 月 日

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

1. いつからどのような症状ですか？ (○印をつけてください)

★部位を教えてください。

★足の症状の方は詳しく部位を教えてください。



★どのような症状ですか？ かゆい いたい いたくもかゆくもない やけど 巻き爪 息苦しい  
 いぼ 水虫 ニキビ きず 熱がある( 度 分)  
 その他( )

★いつごろから症状が出始めましたか？ (例)○月△日から、 ○日前から

★この症状でこれまで治療を受けたことがありますか？ a. はい b. いいえ

※はいとお答えの方はご記入ください。

受診した医療機関名 [ ]

治療に使用していた薬 [ ]

2. 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？

a. いいえ b. はい (薬品名)

3. 今までに入院や手術をしたことはありますか？また持病をお持ちでしたら教えてください。

4. 現在治療中の病気で使用しているお薬がありましたら教えてください。

5. 女性の方のみお答えください。

現在妊娠されている可能性はありますか？ a. はい( 週) b. いいえ

※ 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。