

# 問 診 票

年 月 日

ふりがな			住所	〒 -	
氏名					
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日 ( 歳)男・女	電話	(自宅) (携帯)	
職業				体重(お子様のみ)	

\* 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

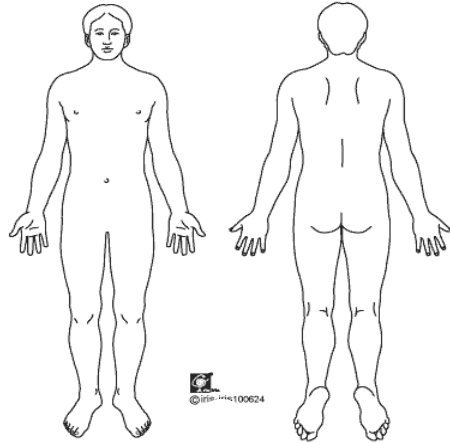
腫れている けが 手足のいぼ 水いぼ 水虫

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？

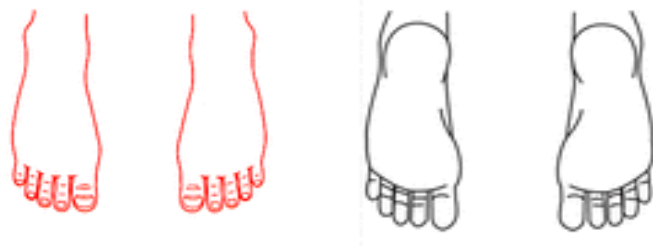
(例)○月△日から、○日前から

## 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。