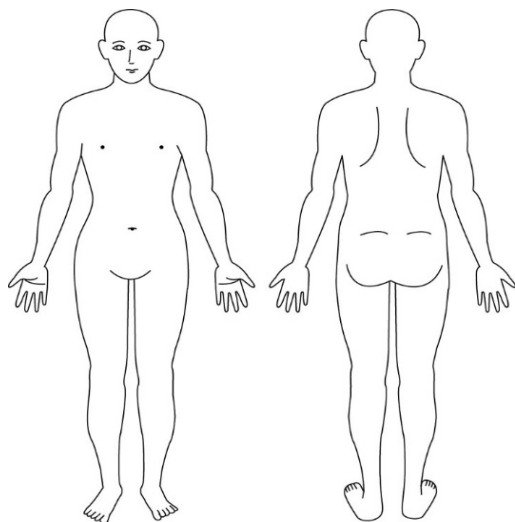


# 問診票

受付No.

|       |            |       |         |   |   |   |
|-------|------------|-------|---------|---|---|---|
| フリガナ  |            | 生年月日  | M・T・S・H | 年 | 月 | 日 |
| 氏名    |            | 性別／年齢 | 男・女     |   |   | 歳 |
| 住所    | 〒 -        |       |         |   |   |   |
| お電話番号 | 自宅 : ( ) - | 携帯電話: | ( ) -   |   |   |   |

## 1. 症状のある部位に○をつけてください



a. いつ頃から症状がありますか？

\_\_\_\_\_

b. 考えられる原因

\_\_\_\_\_

c. あてはまる症状をお選び下さい。

- かゆみ    湿疹    乾燥
- 痛み    腫れ    イボ
- 魚の目    火傷    巻き爪
- 水虫    赤い
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. 薬を服用すると胃が荒れやすいですか？

- いいえ    はい

3. 現在までに大きな病気にかかったことがありますか？

- ない    ある 病名 ( \_\_\_\_\_ )

4. 現在内服中のお薬はありますか？

- ない    ある お薬名 ( \_\_\_\_\_ )

5. アトピー性皮膚炎と言われたことがありますか？

- いいえ    はい

6. 食物やお薬にアレルギー・副作用がありますか？

- ない    ある ( \_\_\_\_\_ )

7. お子様は体重をお願いします   体重 \_\_\_\_\_ kg

8. 女性の方にお伺い致します。

a. 現在、妊娠中ですか、またその可能性はありますか？

- いいえ    はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月) / (出産予定日: \_\_\_\_\_)

b. 授乳中ですか？

- いいえ    はい

9. 当院をどこで知りましたか？

- 知人の紹介    ご家族の紹介    ホームページ    医療機関からの紹介  
 開院チラシ・リーフレット    その他 ( \_\_\_\_\_ )