

# 問診票

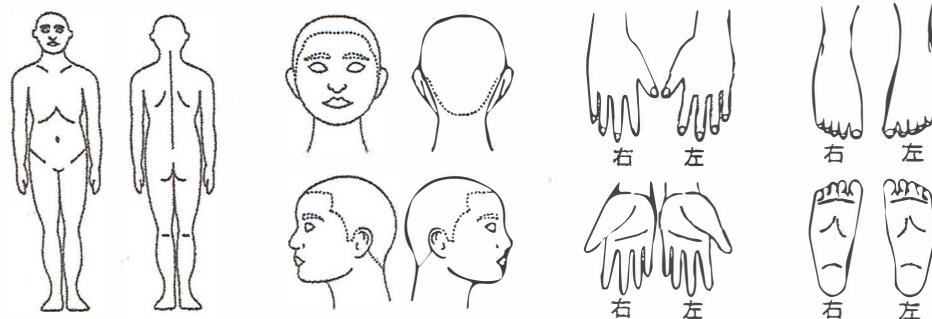
(No. )

年 月 日

ふりがな 氏名		男・女	生年月日 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日 被 歳
住所	〒	電話番号 (ご自宅)	) (携帯 )	
職業		身長 cm	体重 kg	

1. いつからどんな症状がありますか

- ・どれ位前から ; ( 年 ケ月 週 日 ) 前から
- ・症状 ; かゆい・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・できもの・にきび・その他 ( )
- ・上記の症状に関して、治療を受けたことがありますか (はい・いいえ)  
病名 ( ) 病院名 ( )
- ・部位 (下の図に印をつけて下さい)



2. 現在、他に治療中の病気・使用中の薬はありますか (はい・いいえ)

病名 ( ) 病院名 ( )

使用中の薬 ( )

3. 今までに、どんな病気にかかったり、治療を受けたりし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 (花粉症)・喘息・糖尿病・心臓病・高血圧・胃潰瘍・

肝疾患・腎疾患・膠原病・前立腺肥大・線内障・輸血・手術 ( )

その他 ( )

4. ご家族の方にアレルギー疾患をもっている方がいらっしゃいますか

アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎 (花粉症)・喘息・その他 ( )

5. 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか (ある・ない)

薬・食べ物の名前 ( )

6. 《女性の方に》 現在妊娠中・授乳中ですか、またはその可能性がありますか

現在妊娠している (妊娠 ケ月)・妊娠の可能性あり・妊娠の可能性なし・授乳中

7. 当クリニックをどちらでお知りになられましたか

通りがかりに・ぱど・HP・新聞折込み・電柱広告・バス車内放送

ご紹介 ( 様より)・その他 ( )

8. その他、お気づきの点がありましたら、ご記入下さい。