

問 診 票

記入日： H _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご氏名	ふりがな	ご住所	〒 _____	
			ご職業	
生年月日	明：大 昭：平	年 月 日 (歳)	ご自宅 TEL	_____ - _____
性別	男性 ・ 女性	携帯電話	TEL	_____ - _____

● いつからですか？

_____ 月 _____ 日 から
(_____)まえから

● 症状があるのはどこですか？

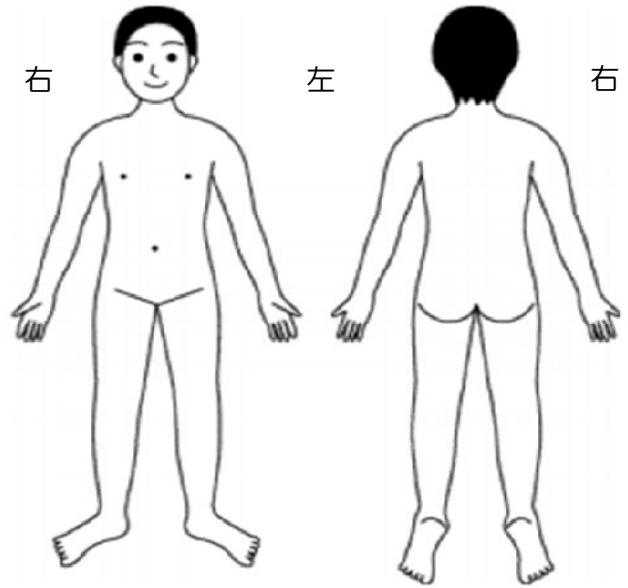
下の図に○をつけて下さい。

*お顔の場合 → お化粧はしていますか？ はい
いいえ

● どのような症状ですか？

該当する項目に○をつけてください。

かゆい	赤い	腫れ
いたい	できもの	水虫
いぼ	かさかさ	水いぼ
にきび	水ぶくれ	ジュクジュク
その他 { _____ }		



● 原因として思い当たることはありますか？

原因 { _____ }

● 今回の症状で、治療歴はありますか？

治療歴： あり 医療機関名 { _____ }
なし病名 { _____ } いつ頃 { _____ } 治療内容 { _____ }
処方薬 { _____ }

● 今までにかかったことのある病気に○をつけてください。

なし アトピー性皮膚炎 喘息 アレルギー性鼻炎 糖尿病 高血圧 肝臓病
腎臓病 前立腺肥大 緑内障 その他 { _____ }

● 今までにアレルギー症状を起こしたお薬はありますか？

あり 薬品名 { _____ }
なし

● 現在、別の医療機関で処方されたお薬を使用していますか？

はい 病名 { _____ } 処方内容 { _____ }
いいえ

● 女性の方へ、現在妊娠中または授乳中ですか？

はい (授乳中 ・ 妊娠 _____ ヶ月) いいえ

● 16歳以下の方は体重をご記入下さい。

約 { _____ } kg

● 本日、お薬手帳をお持ちですか？

はい → 受付にお出してください
いいえ → 次回必ずお持ちください

● 当院をどのようにお知りになりましたか？ (複数回答可)

通りすがり ホームページ 電柱広告 チラシ
家族より 知人より 薬局
その他 { _____ }

松戸ひなげし皮膚科