

問 診 票

記入日： 20 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？
 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 { }

