

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	大・昭 平・令	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？

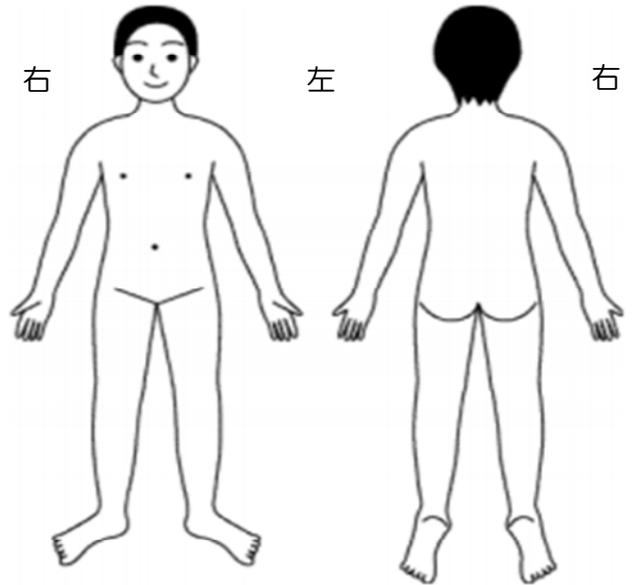
下の図に○をつけてください。

*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、別の病気で治療中ですか？お薬手帳をお持ちでない方は、飲んでいるお薬をご記入ください。

はい 病名 { } 薬の名前 { }
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 週目) いいえ

● 16歳以下の方は体重をご記入ください。

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 市役所の看板
その他 { }