

\*体温を記入してください

\*お顔の診察の方は受付に申し出てメイクを落としてください。

体温 = \_\_\_\_\_ °C

# 問診票

受診日:平成 年 月 日

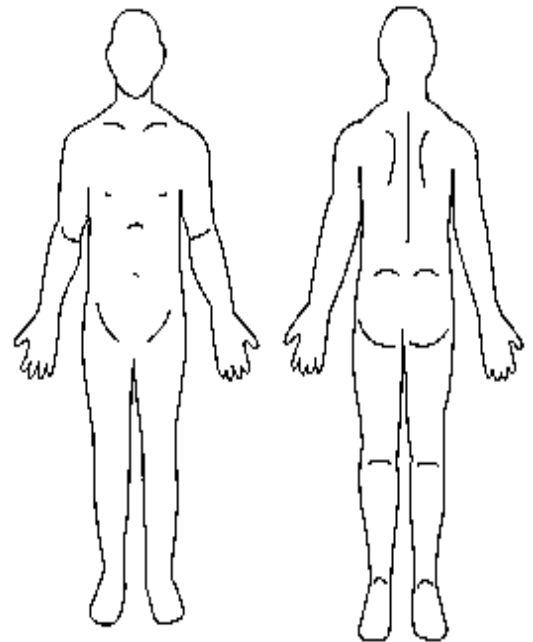
フリガナ	生年月日 大・昭・平 年 月 日生		
氏名	(男・女)		才(ヶ月)
住所 〒	-		
*日中連絡の取れる電話番号をご記入下さい			
電話番号	メールアドレス	職業	

※お顔の診察をご希望の場合、お化粧を落として下さい。落とせない場合は、診察が不十分になることをご了承下さい。

1、本日はどうされましたか？その症状はいつからですか？

[ ]

2、どこにありますか？右下の図に○をつけてください。  
複数ある場合、番号を付けてください。



3、以下の疾患がある場合○をつけてください。  
また、使用している薬がある場合、お書きください。

- アトピー性皮膚炎      喘息      アレルギー性鼻炎・花粉症
- アレルギー性結膜炎      心疾患      肝疾患      糖尿病      高血圧
- 胃・十二指腸潰瘍      緑内障      前立腺肥大      骨粗鬆症      腎機能
- その他( )
- 薬 ( )

4、上記以外で現在、治療している病気や使用している薬などはありますか？[ある・ない]

[ ]

5、薬、ラテックス(ゴム)、アルコール綿などにアレルギーなどありますか？[ある・ない]

[ ]

6、その他何か医師に伝えておきたいことはありますか？または、その他ご相談はありますか？

[ ]

7、女性の方のみ○をつけてください。

- 現在 妊娠中ですか？      はい(現在 週目)      いいえ
- 妊娠の可能性、もしくは、3か月以内にご予定がありますか？      はい      いいえ
- 授乳中ですか？      はい      いいえ

8、当院をお知りになったきっかけは何ですか？

- ・当院のホームページ(PC・携帯)      ・知人の紹介      ・職場に近い      ・その他
- (サイト名 )      (お名前 )      ・自宅に近い ( )
- (キーワード )      ・家族、親族からきいて      ・看板を見て