

*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

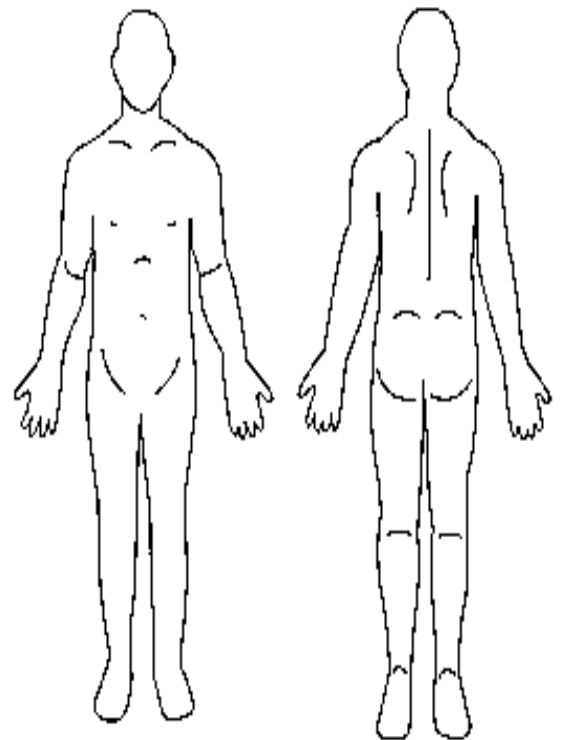
受診日: 西暦 年 月 日

フリガナ	生年月日 西暦	年	月	日生
氏名	(男・女)			才(ヶ月)
住所 〒	—			
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？

症状→
いつから→



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