

ID

問診票

体温℃

ふりがな

氏名

大・昭・平・令

年

月

日

才

男・女

住所

〒

電話番号

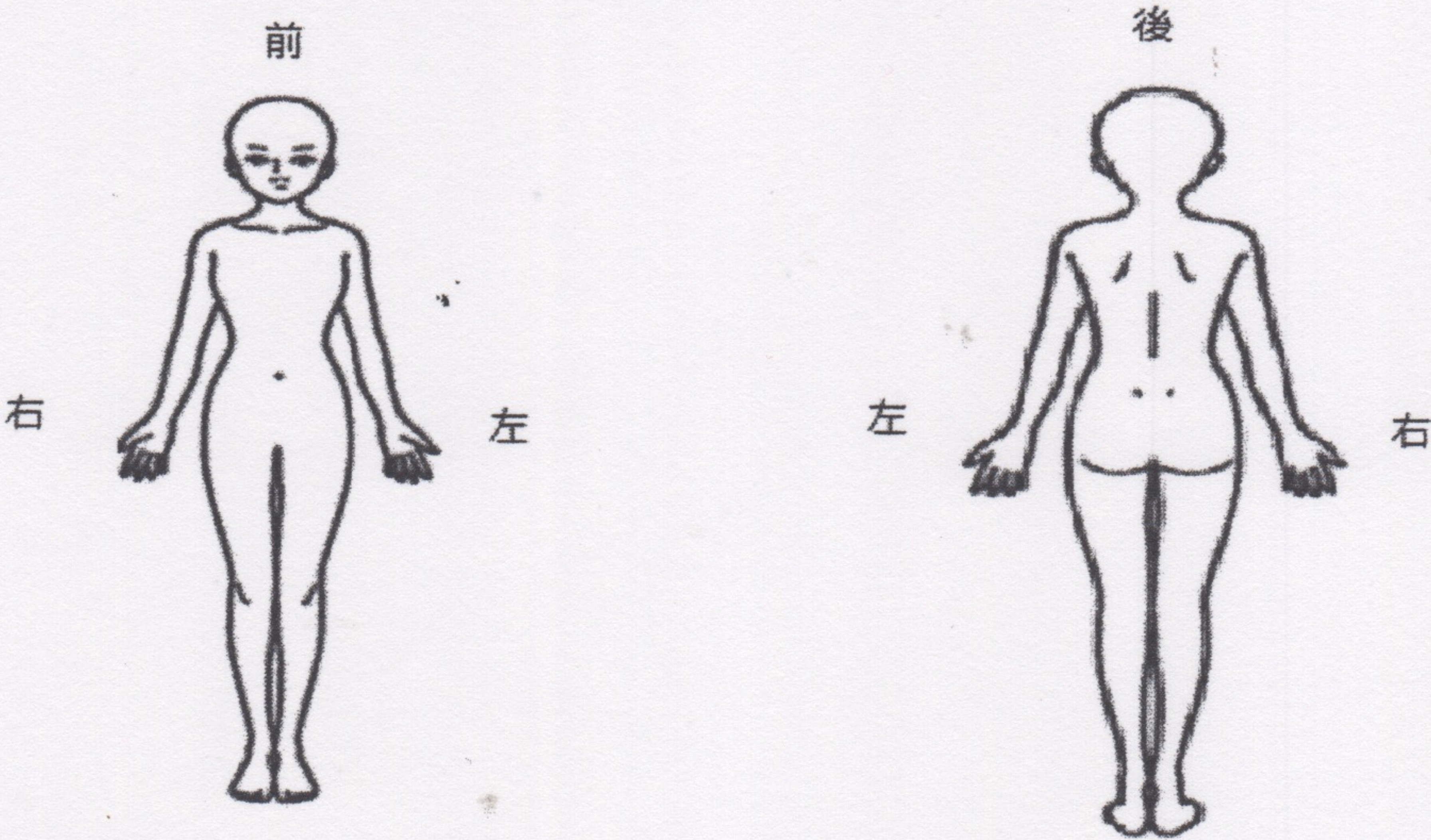
携帯電話

体重

kg

職業

- 症状はいつからですか？
- 日前
- 週前
- 月前
- 年前
- 部位はどこですか？（○をつけて下さい）



- その他保険外の治療
- ☐ プラセンタ注射
- ☐ ビタミン剤
- ☐ 男性型脱毛症（AGA）

- どんな症状ですか？
- 赤くなっている ・ できもの ・ 腫れている ・ かゆい ・ 痛い ・ ブツブツができた ・ かさつきがある ・ その他（具体的に：)
- 当院に来る前に他の病院で治療したり、薬局で薬を買ったりしましたか？
- していない ・ した（病院名： 薬剤名：)
- 現在内服中・外用中のお薬はありますか？（ いいえ ・ はい ）薬名（)
- 今までに薬や食べ物やでアレルギーを起こしたことがありますか？（はい ・ いいえ ）
- はいの方…分ければ薬・食べ物などの名前
- （)（)（)
- 今までにかかった病気に○をつけて下さい
- アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 肝臓病（B型／C型）
- 精神疾患 ・ 腎臓病 ・ 前立腺肥大症 ・ 緑内障 ・ その他（)
- タバコは吸いますか？（ はい ・ いいえ ）1日 本、 年間
- アルコールは摂取しますか？（ 飲まない ・ 毎日 ・ 週3日以上 ・ ときどき ）
- 女性の方のみへの質問です（○をつけて下さい）
- 妊娠中 ・ 妊娠の可能性がある ・ 妊娠していない ・ 授乳中
- 本日はお薬手帳をお持ちですか？（ はい ・ いいえ ）

★質問は以上です。受付にお出してください。

入力	確認	スキャン