

ID \_\_\_\_\_

問診票

体温 \_\_\_\_\_ °C

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ 男・女

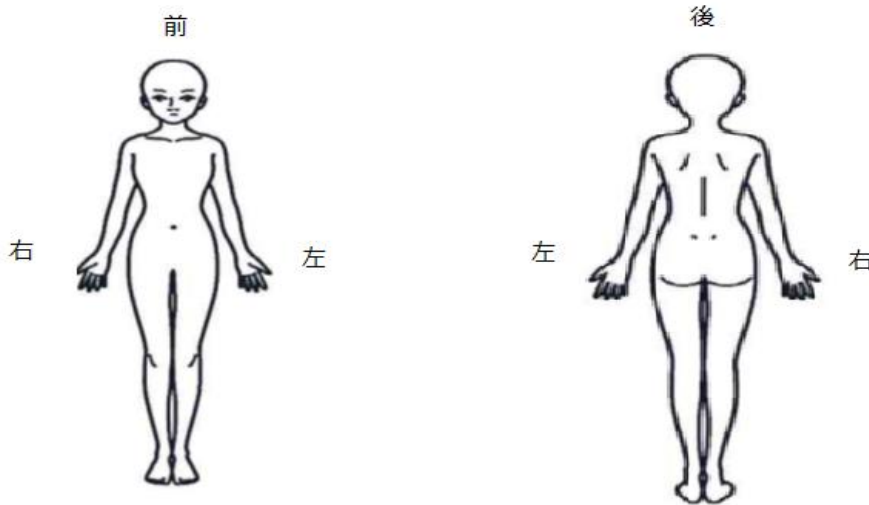
住所 〒 \_\_\_\_\_

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）



●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…分かれば薬・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