

# 問 診 票 (14歳以下)

平成 年 月 日 ( )

ふりがな		男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	H 年 月 日	
住 所	〒			
電話番号		身 長		cm
		体 重		kg

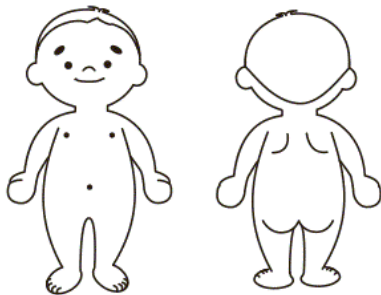
## 1. いつから、どのような症状がありますか？

①いつから：( 年 力月 週 日)前から、 出生時から

②症状： 湿疹・じんましん・乾燥・あかみ・できもの・とびひ・みずいぼ・あせも  
虫刺され・おむつかぶれ・やけど・いぼ・あざ・にきび・その他( )

③部位を記載して下さい ( )

下の図に印をつけてください。



症状を詳しくご記入ください  
(今回の症状で他院での治療があれば、いつ、どこで、処方薬もご記入ください)

## 2. なにか大きな病気をされたことや持病はありますか？ またいつ頃ですか？

いいえ はい (病名： )

## 3. 現在、内服しているお薬(処方薬・市販薬)はありますか？

\*お薬手帳があれば提示をお願いします。

いいえ はい ( )

## 4. アレルギーはありますか？ →いいえ はい

・喘息 ・アトピー ・花粉症 ・金属 ・薬剤 ( )

・食べ物 ( ) ・その他 ( )

## 5. ご家族の中に持病やアレルギーをお持ちの方はおられますか？

いいえ はい ( )

## 6. 診療や治療に関するご希望などがあればご記入ください。