

# 問 診 票

令和 年 月 日 ( )

ふりがな		男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	T・S・H 年 月 日	
住 所	〒			
電話番号		身長 体重	cm kg	職業 (具体的に)

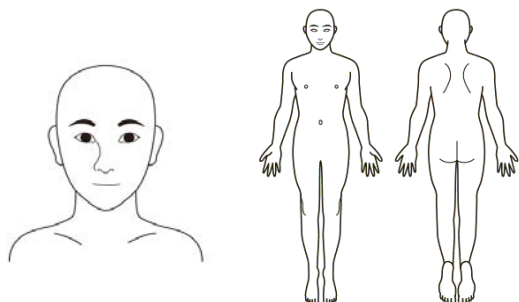
女性医師希望の方はチェックを入れてください

※診察の内容によってご希望にそえない場合があります。

## 1. いつから、どのような症状がありますか？

- ①いつから：( 年 月 週 日)前から、 出生時から
- ②症状：かゆい・痛い・腫れ・あかみ・湿疹・じんましん・乾燥・水虫・できもの・脱毛  
巻き爪・やけど・ほくろ・いぼ・しみ・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. 現在、治療中の病気はありますか？

- いいえ はい \*お薬手帳があれば提示をお願いします。
- ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・腎臓病 ・肝臓病 ・膠原病  
・がん(部位 手術 ) ・その他 ( )

## 3. 現在、内服しているお薬(処方薬・市販薬)やサプリメントはありますか？

- 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. 女性の方へ 現在妊娠中ですか？ ( はい ・ いいえ ・ わからない ・ 授乳中 )

## 7. 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。