

# 問 診 票 (14歳以下)

令和 年 月 日 ( )

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

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。

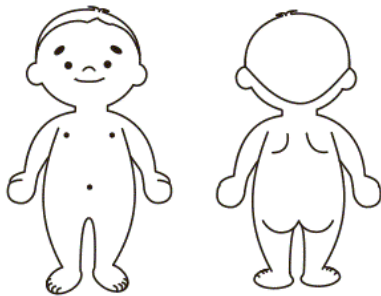
## 1. いつから、どのような症状がありますか？

①いつから：( 年 月 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。