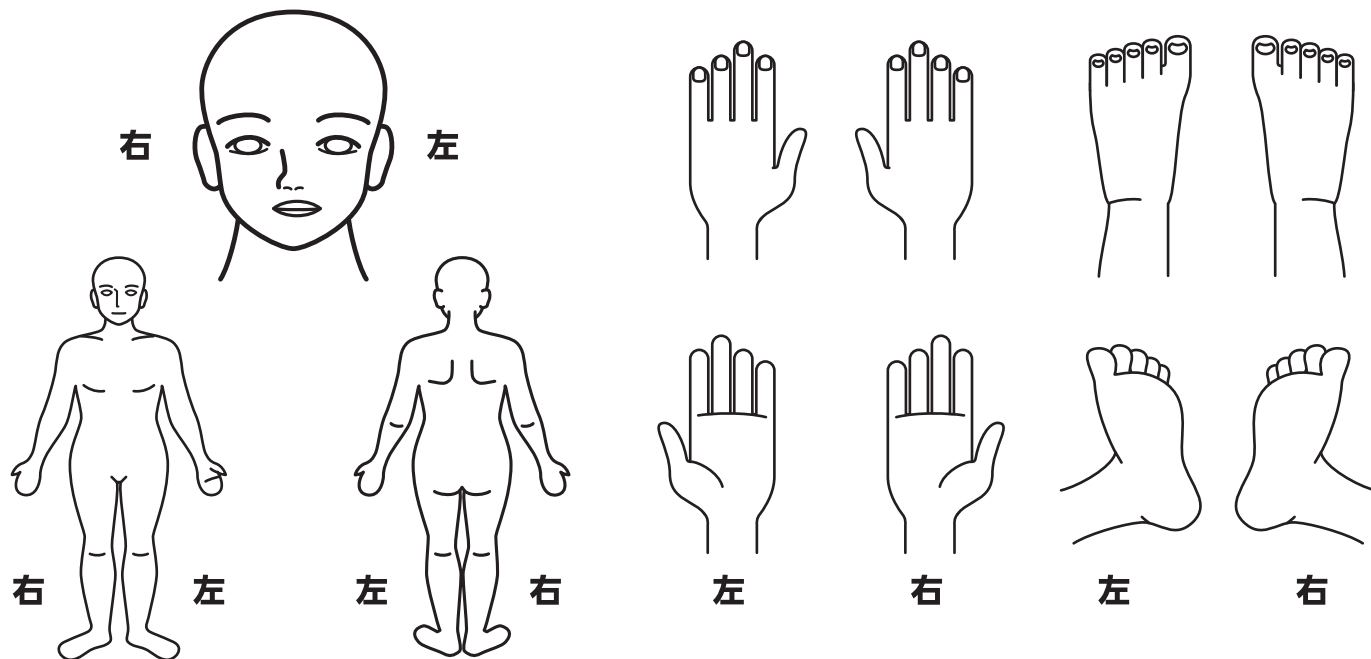


問診票

記入日： 年 月 日

●本日診察希望の部位を○、あるいは斜線[///]で示してください。



ふりがな

●氏名:

男
女

身長: _____ cm/体重: _____ kg

※必要時に医院からの電話がつながる番号をご記入ください。

生年月日: 年 月 日/年齢: 歳

電話番号: _____

住 所: _____

本日の受診内容についてお答えください。

●どのような症状ですか？

- かゆみ 痛み 湿 疹 じんましん
 脱 毛 傷 できもの 発熱()℃
 その他()

●いつ頃からですか？

()日前/()週間前/()ヶ月前

()年前/(年 月 日に)

●上記の症状に対して治療をされていますか？

- していない
 している(医院 病院)
 薬()

当てはまるものにチェックを入れてください。

- 花粉症 なし あり
●アレルギー性結膜炎 なし あり
●アレルギー性鼻炎 なし あり
●喘 息 なし あり
●糖尿病 なし あり
●高血圧 なし あり
●手術歴 なし あり

※「あり」の方は、手術部位をお願いします※

- 妊娠の可能性 なし あり
●定期的に服用している薬 なし あり

※「あり」の方は、薬の名前をお願いします※

●その他

当院を何でお知りになりましたか？

- 家族の紹介 知人の紹介 インターネット
 看 板 通りがかり

- 診療所・病院()の紹介
 その他()

※ご協力ありがとうございました。ご記入後、受付へ提出してください。