

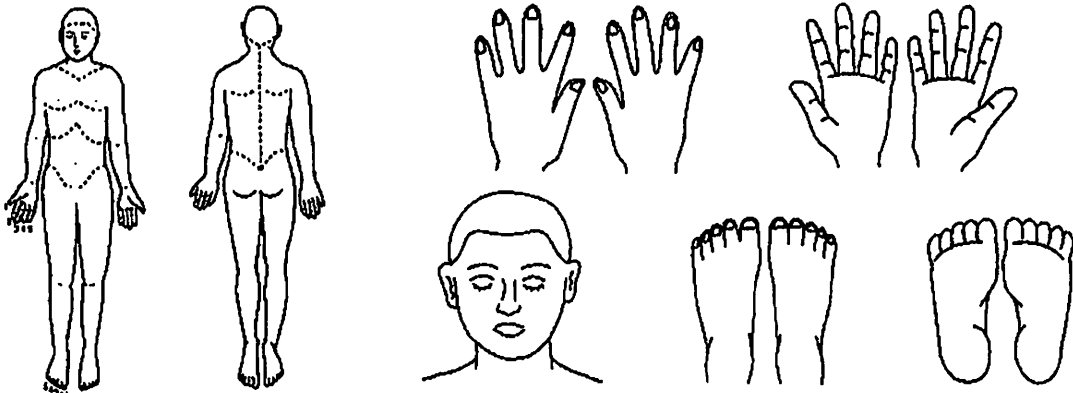
# 問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ		男	生年月日
氏名		女	大平 昭令 年 月 日 才
住所	〒		
電話		携帯	
		体重	k g

1. いつからどんな症状がありますか

- a) いつから：( 年、 カ月、 週、 日) 前から
- b) 症 状：かゆい・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・できもの・にきび・その他 ( )
- c) 上記の症状に関して、治療を受けたことはありますか ( はい・いいえ )  
 病名 ( ) 病院名 ( )
- d) 部 位：(下の図に印を付けて下さい)



2. 現在、他に治療中の病気はありますか ( はい・いいえ )  
 病名 ( ) 病院名 ( )
3. 現在、内服中のお薬がありましたらご記入下さい  
 薬名 ( )
4. 今までに、どんな病気にかかったり、治療を受けたりしたことがありますか  
 1.アトピー性皮膚炎 2.アレルギー性鼻炎(花粉症) 3.喘息 4.糖尿病 5.心臓病  
 6.高血圧 7.胃潰瘍 8.肝疾患 9.腎疾患 10.膠原病 11前立腺肥大  
 12.緑内障 13.輸血 14.手術 ( ) 15.その他 ( )
5. 家族の方にアレルギー疾患はありますか  
 1.アトピー性皮膚炎 2.アレルギー性鼻炎(花粉症) 3.喘息 4.その他 ( )
6. 注射、薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか ( ある・ない )  
 注射、薬、食べ物の名前 ( )
7. 薬で眠くなりやすいですか ( はい・いいえ・わからない )
8. <女性の方に> 現在、妊娠中ですか、可能性がありますか。 または授乳中ですか。  
 1.現在妊娠している ( カ月) 2.可能性あり 3.可能性なし 4.授乳中である  
 ☆予定日がわかる方 ( 年 月 日 頃 )

\*当院では診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

そのためマイナンバーカードの利用が可能になっております。

あらかき皮フ科