

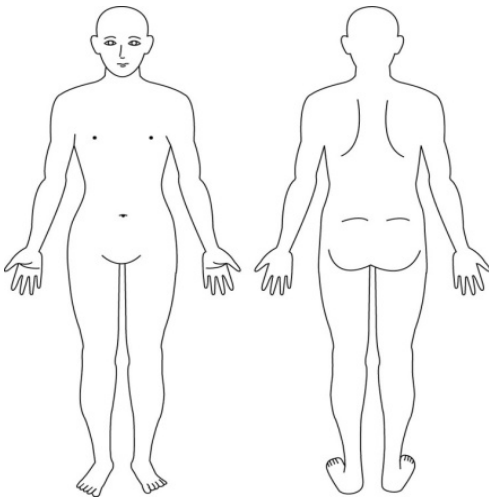
受付番号

問診票

※ご記入の際には熱で消えるタイプの筆記具は使用しないでください。

ID	
フリガナ	性別 生年 大・昭・平・令 体重
お名前	男・女 月日 年 月 日 (歳) k g
ご住所	〒 TEL
	携帯番号

部位：下の図に○印をつけてください



1. いつ頃からですか 【 】

2. どのような症状ですか

- かゆみ
- 痛み
- 赤み
- 腫れ
- 肌の乾燥
- 水虫
- ほくろ
- やけど（工作中・それ以外）なにで？【 】
- 水いぼ 【麻酔テープ・直接取る】
- その他【 】
- ぶつぶつ
- かさかさ
- じゅくじゅく
- いぼ
- にきび
- できもの

3. 原因として思い当たることはありますか いいえ はい【 】

4. この症状で、治療をうけたことはありますか いいえ はい【 】

お薬名【 】 薬名不明

5. 現在内服・外用している薬はありますか いいえ はい【お薬手帳：あり・なし】

お薬名【 】 薬名不明

6. 薬や食べ物、注射・麻酔でアレルギー症状が出たことはありますか

薬 : いいえ はい 薬剤名 : 症状 :

食べ物 : いいえ はい 食べ物名 : 症状 :

7. 風邪薬やアレルギーの薬で眠くなったことはありますか

- とても眠くなる
- すこし眠くなる
- 全く眠くならない
- わからない

8. 今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはありますか

- いいえ
- アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎(花粉症)
- 喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病
- 緑内障 胃潰瘍 膠原病 高脂血症 前立腺肥大
- その他【 】

9. お薬はジェネリック（後発品）を希望しますか： はい いいえ

10. 女性の方のみお答えください

※妊娠中ですか： いいえ はい 可能性がある ※授乳中ですか： いいえ はい