

受付番号

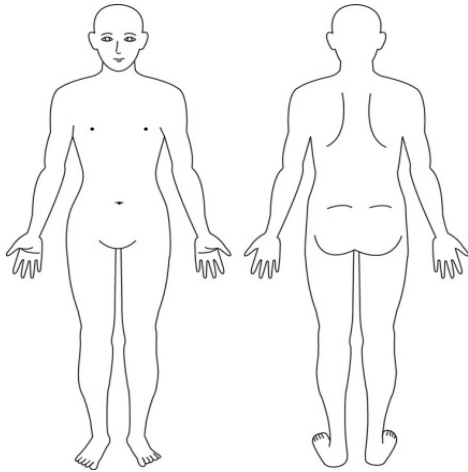
問診票

※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	
TEL	
携帯番号	

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

部位：下の図に○印をつけてください



- いつ頃からですか 【 】
- どのような症状ですか

<input type="checkbox"/> かゆみ	<input type="checkbox"/> ぶつぶつ
<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> かさかさ
<input type="checkbox"/> 赤み	<input type="checkbox"/> じゅくじゅく
<input type="checkbox"/> 腫れ	<input type="checkbox"/> いぼ
<input type="checkbox"/> 肌の乾燥	<input type="checkbox"/> にきび
<input type="checkbox"/> 水虫	<input type="checkbox"/> できもの
<input type="checkbox"/> ほくろ	
<input type="checkbox"/> やけど (仕事中心・それ以外) なにで? 【 】	
<input type="checkbox"/> 水いぼ 【麻酔テープ・直接取る】	
<input type="checkbox"/> その他【 】	

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、治療を受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【 】

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

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 前立腺肥大

緑内障 胃潰瘍 膠原病 高脂血症

その他【 】

9. 女性の方のみお答えください

※妊娠中ですか: いいえ はい (出産予定日 年 月 日) 可能性がある

※授乳中ですか: いいえ はい