

問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな

お名前 _____ 男・女 T・S・H 年 月 日生 _____ 才

ご住所 〒 _____

電話 () - _____ 携帯電話 () - _____

ご職業 _____ 体重 _____ kg (子供のみ)

症状についてお伺いいたします。

① いつ頃から、どこに、どのような症状がありますか？ (下の図に、印をつけてください)

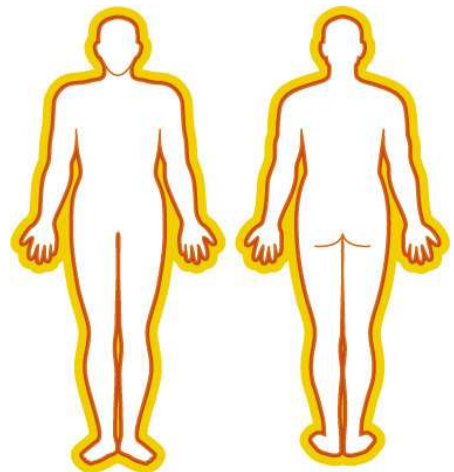
いつから

どこに

どのように

かゆい ・ 痛い ・ できものがある

いぼがある ・ その他 ()



② 他にご病気をお持ちですか？ いいえ・はい

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ てんかん ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ こうげん病 ・ がん ・ その他 ()

③ ご家族 (血縁関係のある方) にご病気の方がいらっしゃいますか？ いいえ・はい

どなたが 何を

④ 現在使用しているお薬の名前をすべて教えてください。(飲み薬・ぬり薬・点眼薬・健康食品など)

なし ・ あり (お薬手帳お持ちの方は、受付にお出してください)

《 裏面にも ご記入ください。 》

⑤ お薬や食べ物にアレルギーがありますか？

いいえ ・ はい (何に)

⑥ たばこを吸いますか？

いいえ ・ はい (本/日)

⑦ ペットは飼っていますか？

飼っていない ・ 犬 ・ 猫 ・ その他 ()

⑧ 何かスポーツをされていますか？

いいえ ・ はい (何を)

⑨ 当院では、保険外の治療も行っております。ご興味がある内容に印をつけてください。

- しみ しわ たるみ くすみ 肝斑
 赤ら顔 脱毛 薄毛 その他 ()

⑩ 以下は女性の方のみへの質問です。

生理は順調ですか？

順調 ・ 不順 ・ 閉経

妊娠中ですか、または妊娠の可能性がありますか？

いいえ ・ はい (妊娠 週)

現在、授乳中ですか？

いいえ ・ はい

質問は以上です。ありがとうございました。

お手数ですが、ご記入できましたら、受付までお持ちください。

順番がまいりましたらお呼びいたしますので、お待ち下さい。