

問診票

フリガナ		男	大・昭・平・令			年	月	日
お名前		女	職業：			年齢：	歳	
住所	〒		電話	自宅：				
				携帯：				
身長：	cm	体重：	kg					

(1) ①どのような症状でお困りですか？また、体のどの部分ですか？（下図に○をして下さい）

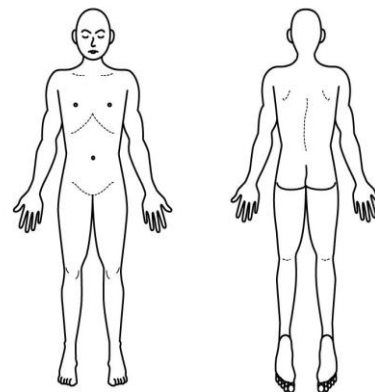
かゆい / かさかさしている / はれている / 痛い
その他： _____

②いつからですか？

_____日 _____週間 _____ヵ月 _____年前から

③この事で他院にて治療を受けましたか？

いいえ / はい（飲み薬： _____ / 塗り薬： _____）



(2) 今までにどんな病気をしましたか？該当するものに○をして下さい。

心臓病（ ） / 肝臓病（ ） / 糖尿病 / 高血圧
腎臓疾患（ ） / 脳疾患（ ） / 前立腺肥大
緑内障 / 喘息 / アレルギー性鼻炎 / 花粉症 / アレルギー性結膜炎
アトピー性皮膚炎 / じんましん / リウマチ / 痛風 / 胃潰瘍 / 膠原病（ ）
その他： _____

(3) 現在飲んでいる薬・サプリメントはありますか？

いいえ / はい（薬剤名： _____）

(4) ご両親・ご兄弟でアレルギー体質をお持ちの方はいらっしゃいますか？

いいえ / はい → 喘息 / アレルギー性鼻炎 / 花粉症 / アレルギー性結膜炎
アトピー性皮膚炎 / じんましん / その他： _____

(5) ①薬や食べ物で発疹やアレルギー症状がでたことがありますか？

いいえ / はい（薬剤名または食べ物： _____）

②貼り薬や塗り薬で、かぶれたことはありますか？

いいえ / はい（薬剤名： _____）

(6) 女性の方へ

現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ いいえ / はい（現在 週）

現在授乳中ですか？ いいえ / はい

(7) 当院を選ばれた理由は？（いくつでも）

交通の便がよい/勤務先・学校が近い/家族・知人のすすめ/他院からの紹介/インターネットで検索して
自宅が近い/対応がよい/評判がよい/設備がよい/広告をみて（ホームページ・電柱広告・駅看板・チラシ）
その他： _____

(8) 治療・検査等に関してご希望がありましたら、ご自由にお書き下さい