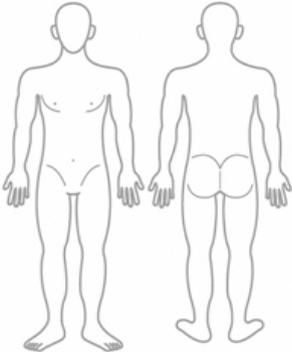


問診票

ご記入日 年 月 日

ID:

フリガナ		女	生年月日
お名前	様	男	昭和・平成・令和 年 月 日
ご住所	〒		携帯電話番号
保護者様 情報	※受診を希望される方が未成年の場合は保護者様情報もご記入ください。 お名前： 様 続柄：		ご自宅電話番号

1	いつ頃からどのような症状でお困りですか。		
	いつ頃からですか？	どのような症状ですか？	
2	今回の原因として思い当たる事がありますか？ ※例：薬、食べ物、化粧品、仕事、どこかに出かけたなど		
3	今回の症状で治療を受けられたことはありますか？		はい ・ いいえ
	いつ頃ですか？		
	病院名をご記入ください。		
	「はい」の方 ⇒ 治療方法をご記入ください。 その後、どうなりましたか？		良くなった ・ 悪くなった ・ 変わらない 良くなったが再び症状が出てきた
4	現在、ケガや病気で通院されてますか？		はい ・ いいえ
	「はい」の方 ⇒ 病院名をご記入ください。		
	病名をご記入ください。		
	内服薬・外用薬名をご記入 ください。(市販薬含む)		お薬手帳 あり () なし ()
5	薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？		はい ・ いいえ
	「はい」の方 ⇒ 薬・食品名をご記入ください。		
6	今までにかかった病気に、○をつけてください。 右記に項目が無い場合、下記にお書きください。		アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 花粉症 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 前立腺肥大 ・ 腎臓病 ・ 緑内障
	〔 〕		
7	当院をどのようにお知りになりましたか？		当院ホームページ ・ 知人の紹介 ・ 家族の紹介 インターネット ・ その他
8	女性の方のみ ⇒ 妊娠中ですか？		はい [月] ・ いいえ
	お答えください。 授乳中ですか？		はい ・ いいえ