

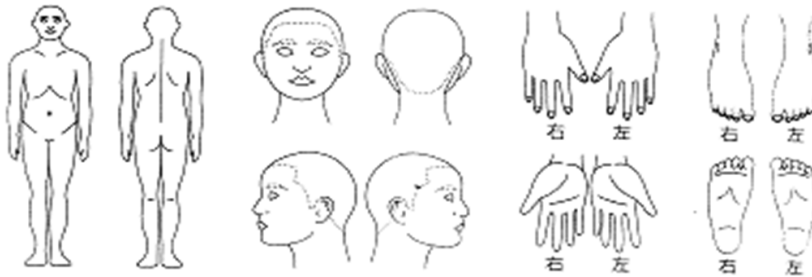
問 診 票



フリガナ		男	生年月日	T S H R	年	月	日	才
氏名		女	小学生以下	kg	体温	°C		
住所	〒 -							
TEL		職業 (具体的に)						

1. いつから、どんな症状がありますか

- a) いつから () 前から・よくわからない
- b) 症 状 かゆい・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・できもの・にきび・虫さされ・ハチさされ
やけど・水ぼうそう・風疹・はしか・ピアス・その他 ()
- c) 部 位 (下の図に○を付けて下さい。)



2. 現在、治療中の病気はありますか(ある・ない)

病名 ()
内服中の薬名 ()

※内服中の方はお薬手帳をお出し下さい

3. 今までに治療を受けたことがありますか ※通院中は除く(ある・ない)

- ◆アトピー性皮膚炎 ◆アレルギー性鼻炎(花粉症) ◆喘息 ◆糖尿病 ◆心臓病
- ◆高血圧 ◆胃潰瘍 ◆肝疾患 ◆腎疾患 ◆膠原病 ◆前立腺肥大
- ◆緑内障 ◆輸血 ◆手術 () ◆その他 ()

4. 薬、食べ物などでアレルギーなど、異常があったことはありますか(ある・ない)

薬、食べ物の名前 ()

5. <女性の方に> 現在、妊娠中ですか、またはその可能性はありますか

- ◆現在妊娠している (カ月 予定日 年 月 日)
- ◆可能性あり ◆可能性なし ◆授乳中

6. その他、お気づきの点がございましたらご記入下さい

山本皮フ科クリニック