

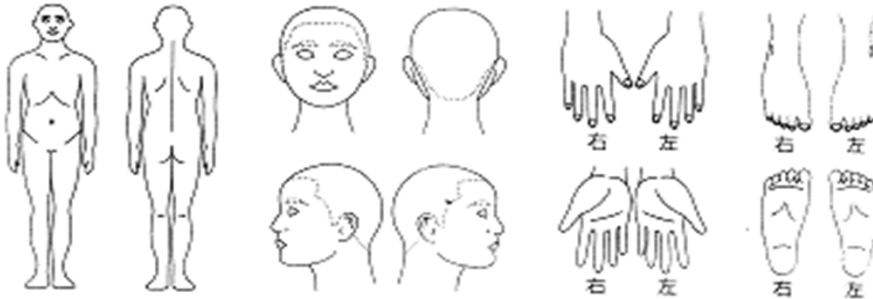
問 診 票



フリガナ		男	生年月日 T S H R	年	月	日	才
氏名		女	未就学児のみ	kg	体温		°C
住所	(〒 -)						
職業 (具体的に)	TEL ()						
		(職員用記入枠)					

1. いつから、どんな症状がありますか

- a) いつから (年、 カ月、 週、 日) 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
 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() 病院名()
 使用中の薬名()

3. 今までに、どんな病気にかかったり、治療を受けたりしたことがありますか(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. 血縁家族(祖父母・両親)の方にアレルギー疾患はありますか(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 ◆その他()

5. 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()

6. <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) ◆可能性あり ◆可能性なし ◆授乳中

7. その他、お気づきの点がございましたらご記入下さい