

問診票

年 月 日

ふりがな	☐ 男	住所	
お名前	☐ 女		
☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 生年月日 年 月 日 (歳)	電話	自宅	
		携帯	

体重 kg

1. 本日はどうされましたか？

- ☐アトピー ☐いぼ・うおのめ ☐乾燥肌 ☐しこり・できもの ☐しっしん
☐しみ ☐じんましん ☐脱毛 ☐にきび ☐まき爪 ☐やけど
☐その他()

2. 症状はいつ頃からですか？

()

3. どのような症状ですか？

- ☐痛い ☐かゆい
☐その他具体的に()

4. 症状がある部位はどこですか？

()

5. 薬で問題が起きたことはありますか？

- ☐なし
☐ある→薬の名前()

6. 今までにかかった病気、治療中の病気はありますか？

- ☐なし
☐ある→既往歴()
 治療中の病気・通院状況 { }

7. 現在飲んでいる薬はありますか？

※お薬手帳を持参の方は記入不要

- ☐なし
☐ある→薬の名前 { }

8. 車の運転はしますか？

- ☐する ☐しない

9. 女性の方にお聞きします

- ☐妊娠可能性あり ☐妊娠 週 ☐授乳中