

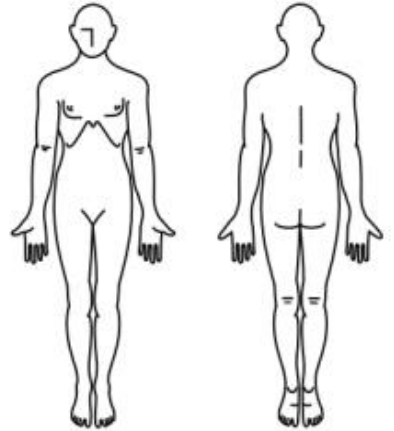
問診表

フリガナ _____ 中学生以下の方は体重を記載 _____ kg
氏名 _____ 生年月日 T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 才)
(_____ 千 _____ ー _____)
住所 _____ 性別 男性 ・ 女性
電話番号 _____ 職業 _____

1.いつからどんな症状がありますか？

a)いつから： (_____) 日前から

b) 症 状： かゆい・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・湿疹・にきび
アレルギー・アトピー・爪の異常・虫さされ
切り傷・やけど・けが
その他 (_____)



c) 部 位： 右の図に印を付けて下さい。

d) 勤務中・通勤中の切り傷・やけど・けがですか？

(いろいろ ・ はい)

2.現在、他に治療中の病気、服用中の薬、塗り薬はありますか？ (いろいろ ・ はい)

病名 (_____)
薬 (_____)

3.薬で異常があったことがありますか？ (いろいろ ・ はい)

薬の名前 (_____)

4.お車の運転はしますか？

(はい ・ 時々 ・ いろいろ)

5.食べ物など、アレルギーはありますか？ (いろいろ ・ はい)

食べ物の名前 (_____)

6.アレルギーが疑わしい場合、アレルギー検査を希望されますか？

(はい ・ 相談したい ・ いろいろ)

7.<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？

1.現在妊娠している (予定日 _____ 月 _____ 日) 2.可能性あり 3.可能性なし

8.当院受診のきっかけは？

1.紹介 2.バス 3.クリニック下看板 4.インターネット
5.駅看板 6.電信柱 7.その他 (_____)

7.下記の症状で気になることがありましたら、チェックをお願いいたします。

しみ ・ しわ ・ たるみ ・ 毛穴 ・ にきび痕 ・ ダイエット ・ 薄毛