

問診票

平成 年 月 日

ふりがな		生年月日 (T・S・H)	男・女
お名前		年 月 日 (歳)	
ご住所	〒	電話番号	
		携帯番号	

※お子さまは体重をご記入ください

Kg

◆いつからどんな症状がありますか？

・いつから？ (年・ ヶ月・ 週・ 日) くらい前から

・症状 かゆい 痛い しこりがある その他 ()

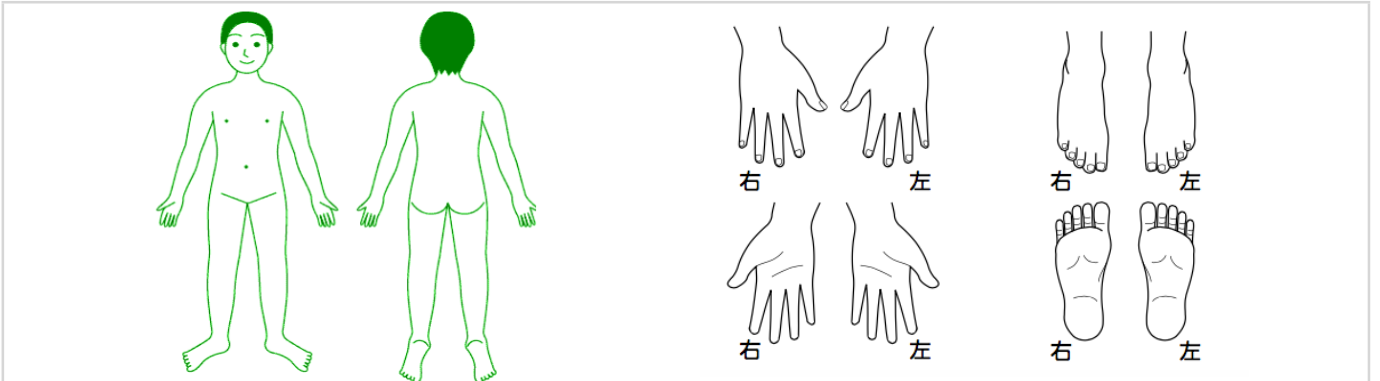
◆現在治療をされていますか？ なし あり

(前医名：

使用中の薬：

)

◆部位はどこですか？ (下の図に印をつけてください)



◆家族の中に同じ症状の方はいますか？ ()

◆その他の病気や症状はありますか？

糖尿病 高血圧 高脂血症 心臓病 ぜんそく 緑内障 (目の痛みがある)

前立腺肥大 (尿がでにくくなることもある) その他 ()

◆現在服用中のお薬はありますか？ なし あり※お薬手帳の提示をお願いします

お薬手帳のない方はお薬の名前をご記入ください ()

◆アレルギーがありますか？ なし あり (薬、食べ物、その他))

◆かゆみ、湿疹のある方 現在、使われている以下のもので形状や製品名がわかるものがあれば
ご記入ください ※使い始めた時期もわかる範囲でご記入ください

・シャンプー () ・ボディーソープ ()

・リンス () ・石けん ()

・洗顔料 () ・洗濯洗剤 ()

・クレンジング () ・柔軟剤 ()

・化粧品 () ・保湿剤 ()

◆ペットはいますか？ はい いいえ ◆動物との接触がありますか？ はい いいえ

◆女性の方のみ 現在妊娠されていますか？ はい いいえ (可能性 あり なし)

◆当院はどちらでお知りになりましたか？

インターネット 知人の紹介 通りがかり その他 ()

◆その他ございましたらご記入ください

(

)