

# 問診票

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日 ( S・H・R )		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？

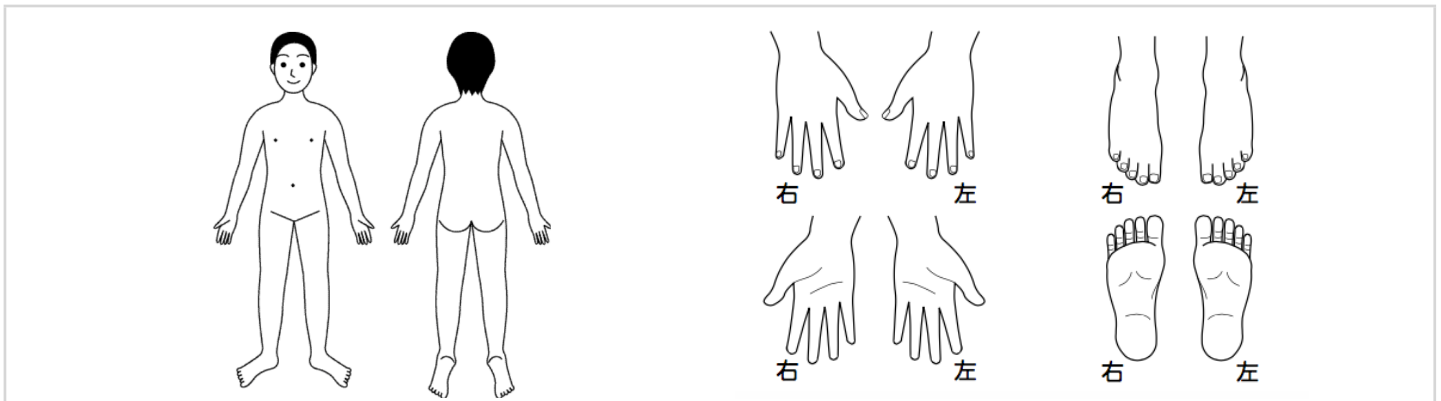
・いつから？ ( 年・ ヶ月・ 週・ 日) くらい前から

・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？ なし

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

( )