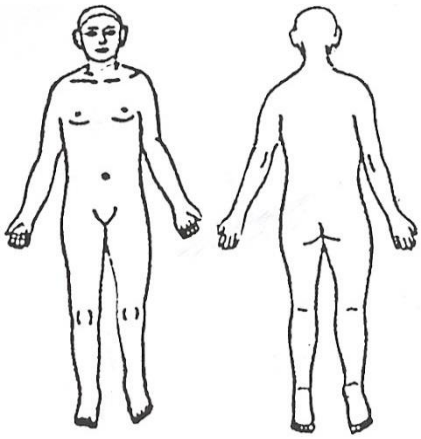
問　診　表

フリガナ	男　・　女　　身長　　cm　体重　　kg
氏名	生年月日　大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）
〒	電話番号
住所	携帯
	自宅

1）右の図の、本日診察を希望される場所を〇で囲んで下さい



◆症状が出たのはいつからですか？

◆どのような症状ですか？

☐かゆい　☐痛い　☐はれている　☐ニキビ　☐じんましん

☐やけど　その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆この症状について今回 何か治療しましたか？　はい　・　いいえ

どのような治療をしたか薬の名前などがお分かりであれば書いて下さい。

2）アレルギーはありますか？　ない　・　分からない　・　ある

薬や食べ物など、どんなものにアレルギーがあるのか書いて下さい。

3）現在、治療中の病気はありますか？　ない　・　ある

当てはまるものに☑をつけて下さい。　また、飲んでいる薬がありましたら書いて下さい。

☐高血圧　☐糖尿病　☐高脂血症　☐心疾患　☐脳梗塞　☐前立腺肥大

☐緑内障　☐肝炎　☐花粉症　その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆病院名

◆飲んでいる薬　（薬の名前が分からない場合は、何のご病気に対しての薬か書いて下さい）

4）女性の方に伺います

現在、妊娠していますか？　☐はい（　　ヵ月）　☐可能性あり　☐いいえ

現在、授乳中ですか？　☐はい　☐いいえ

5）診察に際してご要望などがございましたら書いて下さい