

問 診 票

ふりがな 氏 名	住 所 〒
男・女 生年月日 大・昭・平 / / 歳	電話番号 ※ご連絡させていただく場合がございますので、携帯電話の番号をご記入ください。

(1) 診察を希望される部位や症状（かゆい、痛い、発疹）をわかる範囲で書いて下さい。

部位	症状	いつから？	来院までに使用したお薬
(例) 顔	ニキビ、痛い	3か月前	オロナイン
①			
②			

(2) 該当するものに○印をおつけ下さい。

① アレルギー体質はありますか？

例：アレルギー性鼻炎・気管支喘息

いいえ ・ はい →

② あわない飲み薬・塗り薬がありますか

例：ロキソニンで発疹がでた

いいえ ・ はい →

③ 現在妊娠していますか？（妊娠している場合は診察時必ず医師に伝えて下さい）

いいえ ・ はい → ヶ月 予定日（H / / ）

④ 現在治療を受けている病気と飲んでいる薬はありますか？

例：高血圧・アダラート服用

いいえ ・ はい →

(3) 当院を受診された理由は？

① 近所だったから ② 紹介 ③ ホームページ ④ その他

(4) その他、参考になる事がありましたらお書き下さい。