

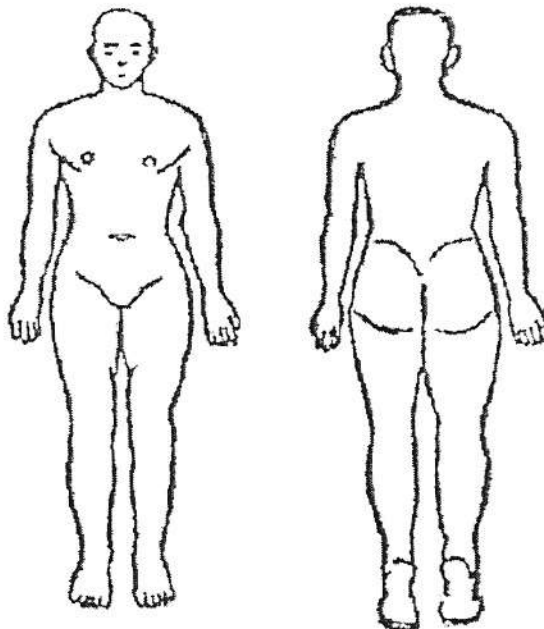
問 診 表

| | | | | | |
|----|------|------|-----------------|-------------|----|
| 氏名 | フリガナ | 生年月日 | 明・大・昭・平・西暦 | 子供さんは 体重 | kg |
| | | | 年 月 日 (歳) 男・女 | | |
| 住所 | 〒 | | | 電話番号 | |
| | | | | | |

1、本日、診察されたい箇所に○印をして下さい。
全身 または

2、それはいつからですか？
昨日 1週間前 1か月前 1年前
その他()

3、どんな症状ですか？ (○をして下さい)
赤み ブツブツ ぽつぽつ 湿疹 かゆみ
カサカサ ジクジク 痛み はれ にきび
いぼ できもの ほくろ シミ
その他()



4、原因として思いあたることはありますか？

5、このことで治療を受けましたか？ またいつ頃ですか？ 薬をもらいましたか？
いいえ はい いつ頃() 病名()
病院名() 薬 []

6、現在、治療中の病気がありますか？ 薬を飲んでいますか？
いいえ はい 病名：肝臓病 不整脈 高血圧 高脂血症 糖尿病 前立腺肥大
緑内障 喘息 その他()
飲んでいる薬 []
病院 ()

7、本日、お薬手帳 (薬剤情報の紙など) をお持ちですか？
いいえ はい ※ 飲んでいるお薬がある場合は問診表と一緒に受付にお出し下さい

8、今までに、薬(飲み薬や注射など)でぐあいが悪くなったことがありますか？
ない ある どんな薬()で
どんな症状()が出た

9、アレルギーといわれたことがありますか？
ない ある アトピー 喘息 じんま疹 鼻炎 結膜炎 花粉症 その他()

10、女性の方のみ、お答えください。(妊娠中や授乳中には、使える薬が限られています)
妊娠していますか？ いいえ はい しているかもしれない
授乳中ですか？ いいえ はい