

ID
ふりがな
お名前 殿 (男、女) 大・昭・平・令 年 月 日 生れ
御住所 〒

問 診 票

令和 年 月 日

電話番号 お仕事

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？

a. いつ頃からですか？

()

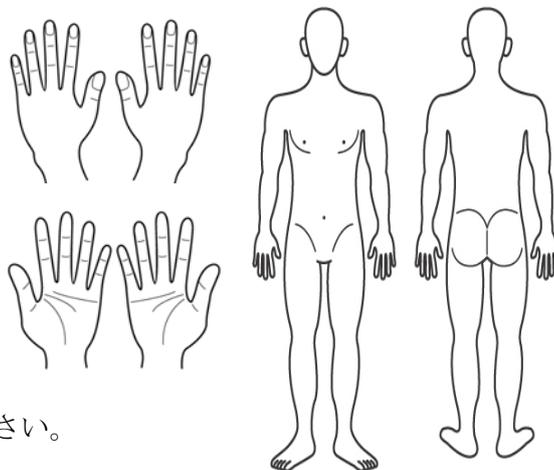
b. どの場所ですか？

右図に○をつけてください

c. どのような症状ですか？

()

()



2. この症状の原因として思い当たる事に○をつけてください。

皮膚の病気の方

原因に思い当たる事がありますか？ (例：薬、食べ物、化粧品、旅行 等) 【はい・いいえ】

「はい」の方 ()

手の病気の方

- ①交通事故 ②工作中的ケガ ③スポーツのケガ ④その他のケガ
⑤その他 ()

3. 上の症状で現在、あるいは過去に治療を受けていますか？ 【はい・いいえ】

「はい」の方・・・病院名 ()

治療法 ()

4. 上の症状以外に、現在他の病院にかかっていますか？ 【はい・いいえ】

「はい」の方・・・病 名 ()

治療法 ()

5. 今までにかかった病気を○で囲んでください。

糖尿病・高血圧・心臓病・腎臓病・肝臓病・胃潰瘍・リウマチ・膠原病・痛風
喘息・アレルギー性鼻炎・緑内障、その他 ()

6. 現在何かの薬を飲んでいますか？ 【はい・いいえ】

「はい」の方・・・薬手帳をお見せいただくか、薬の名前をお教えてください

()

7. 今までに食べ物や薬でアレルギーを起こした事がありますか？ 【はい・いいえ】

「はい」の方・・・薬や食べ物の名前はわかりますか？ ()

8. 女性の方のみお答えください 妊娠中ですか？ 【はい・いいえ】

授乳中ですか？ 【はい・いいえ】

9. 当院のことはどこでお知りになりましたか？

ホームページ、紹介、他院からの紹介、その他 ()