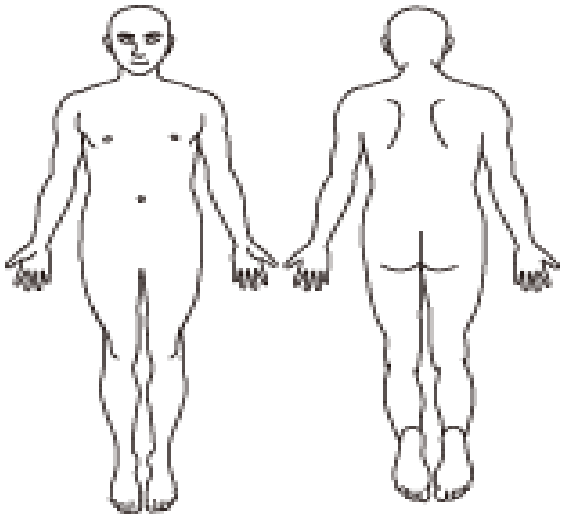
問診票

ふりがな
お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□男/□女　　年齢＿＿＿歳　身長＿＿＿＿cm　体重＿＿＿kg



■診て欲しいところはどこですか？
　右の絵に○印をつけて下さい。

■いつごろからですか？（例：○月○日頃から）

■どのような症状ですか？
　□かゆみ　□いたみ
　□その他

■原因として思い当たることはありますか？
（例えば、虫ささされ、かぶれ、どこかに出かけた、薬、食べ物など）

■今回の症状で他院にて治療を受けていますか？　□はい/□いいえ

■紹介状はありますか？　□あり/□なし　（病医院名：　　）

■今までにかかった病気や治療中の病気があればチェックしてください。
　□ない
　□ある→　□糖尿病　□ぜんそく　□心臓病　□高血圧　□高脂血症　□肝臓病　□腎臓病
　□アトピー性皮膚炎　□その他（　　）

■今までに手術を受けたことはありますが？
　□なし　　□あり　病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
　　いつごろ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入してください
　薬品　　□なし　□あり（　　）
　食べ物　□なし　□あり（　　）
　その他　□なし　□あり（　　）

■女性の方へ
　授乳中ですか　□はい/□いいえ
　妊娠している可能性は？　□ない　□ある