

# 問 診 票

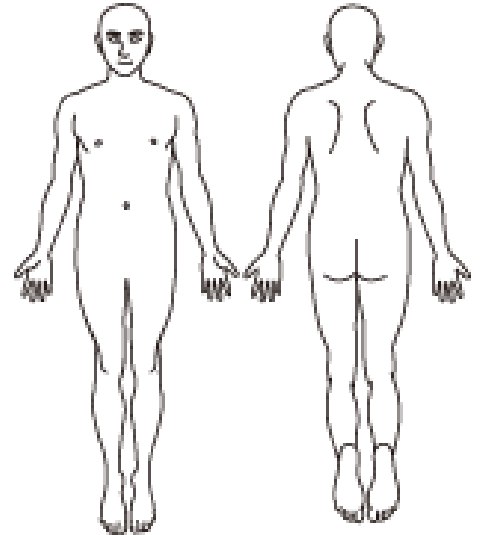
平成 年 月 日

ふりがな		男 女	明・大	年	月	日生	歳
お名前			昭・平				
ご住所	〒		電話	携帯	—	—	
				固定 ( )		—	

該当する項目に○印、もしくはご記入下さい。

(1) どうなさいましたか？どこが？（体の悪い部分に●を付けて下さい。）

- かゆみ    痛み    乾燥肌    じんま疹  
アトピー性皮膚炎    発赤    はれ    しこり  
オデキ    ニキビ    アザ    イボ    脱毛症  
ヤケド    水虫    巻き爪    自覚症状のない発疹  
ピアスご希望    前回受診時と同じ症状  
その他( )



(2) いつ頃からですか？

( )

(3) 家族に同じような症状の方は？    有    無

(4) 今までにかかった病気、もしくは通院されている病気はありますか？

高血圧、糖尿病、肝機能障害、胃潰瘍、腎臓病、甲状腺疾患、喘息、じんま疹、アレルギー性鼻炎、癌、その他 ( )

(5) 現在何か薬をお飲みですか？    はい    いいえ

はいの方→ **お薬手帳をお持ちの方は受付に提出して下さい。**

**お持ちでない方は内容を記入して下さい。**

(内容： )

(6) ①. 薬・注射や食べ物で具合が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？    はい    いいえ

はいの場合 →それはどんな薬・食べ物ですか？ ( )

②. 貼り薬や、塗り薬で、かぶれたことがありますか？    はい    いいえ

はいの場合 →それはどんな薬ですか？ ( )

(7) いままでに局所麻酔をしてショック症状を起こしたことがありますか？    はい    いいえ

(8) 女性の方にお伺いします。 現在妊娠中ですか？    いいえ    はい ( 月)

授乳中ですか？    いいえ    はい

(9) 体重 (小児の方のみ) ( kg)

(10) 何をみて当院にいらっしゃいましたか？

立て看板、ホームページ、近くにお住まい、お知り合いから聞いて、広告、その他 ( )