

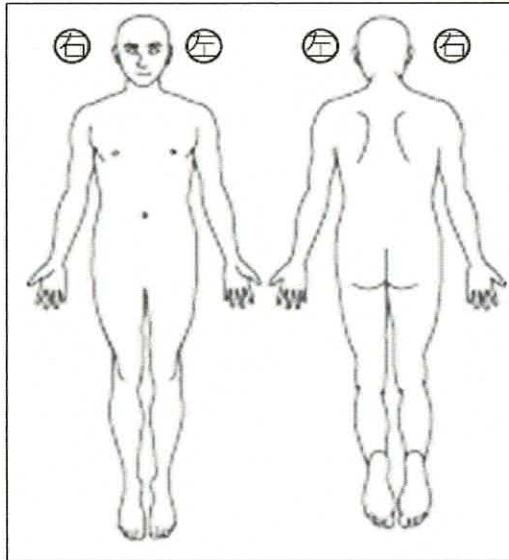
問 診 票

令和 年 月 日

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

※1年以上かかれていない方へ：“ご住所”・“電話番号”に変更がない場合でも確認のためご記入ください。

下記の口に該当する項目にレ印（体の部分に●印）、もしくはご記入ください。



(1) どうなさいましたか？

- 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 ほくろ イボ うおのめ
ヤケド 水虫 巻き爪 自覚症状のない発疹
虫さされ 脱毛症 ふけ 手荒れ ヘルペス
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) ご家族に同じような症状の方は？ あり なし

(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、緑内障
 アレルギー性鼻炎、癌、その他 ()

(5) 現在何かお薬をお飲みですか？ 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ください。

お持ちでない方は内容を記入してください。

(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はありますか？ 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（歯科を含）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) 体重（12歳未満の方のみ） () kg • わからない

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

授乳中ですか？ いいえ はい

(10) マイナンバーカードによる診療情報取得に同意しますか？

はい いいえ