

問 診 票

フリガナ 【生年月日】S・H 年 月 日 【年齢】 歳
【氏名】 【TEL】 【性】男・女
【住所】〒

➤ 今日はどうされましたか？

☐ かゆい ☐ 痛い ☐ ブツブツ ☐ カサカサ
☐ ボロボロ ☐ その他()

☆ どこですか？右絵に記載してください。

➤ 現在その症状で他院にて治療されていますか？

☐ なし ☐ あり (病院名)
(薬の名前)

※お薬手帳をお持ちの方はお渡し下さい。

➤ 他に病気がありますか？

☐ なし ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 心臓病
☐ 高脂血症 ☐ その他()
☐ どちらの病院ですか？()

※お薬手帳をお持ちの方はお渡し下さい。

☆ アレルギーがありますか？

薬 ☐ なし ☐ あり()
食物 ☐ なし ☐ あり()
その他 ☐ なし ☐ あり()

➤ 何か検査データをお持ちの方はお渡し下さい。

☆ 妊娠中ですか？(※女性の方のみ)

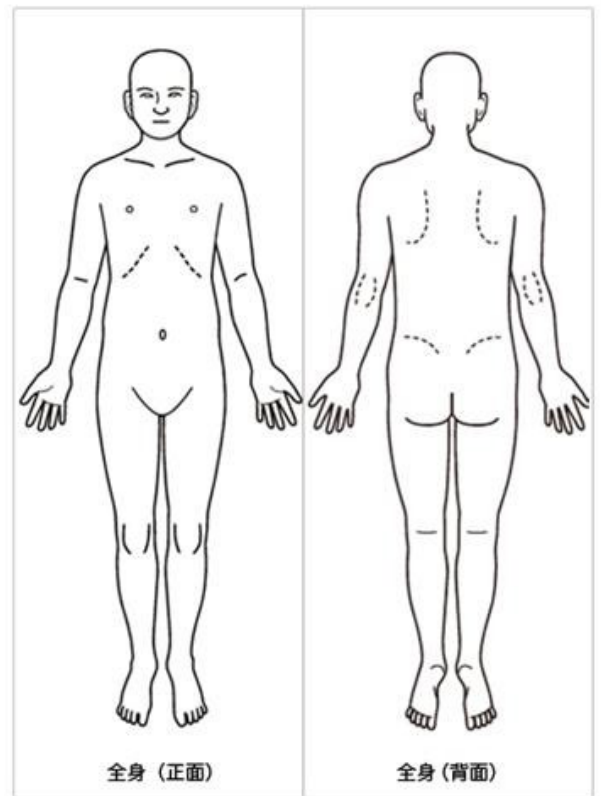
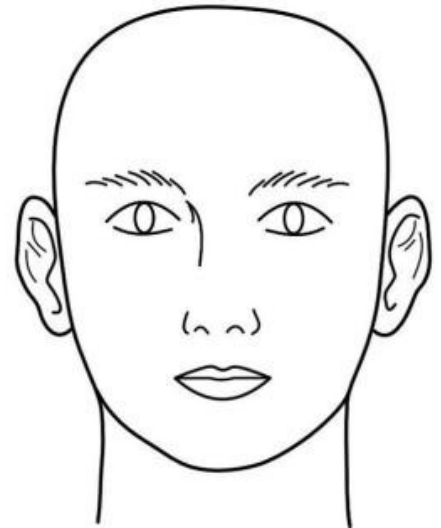
☐ いいえ ☐ はい

☆ 授乳中ですか？(※女性の方のみ)

☐ いいえ ☐ はい

➤ 次回来院日(※医師が記載します)

☐ 特になし ☐ W ☐ ()



ご協力ありがとうございました。