

# 問診票

ふりがな

生年月日 大・昭・平 年 月 日 ( 才)

お名前

※12歳以下の方は体重をご記入ください。 Kg

女・男

〒

ご住所

自宅/TEL ( )

—

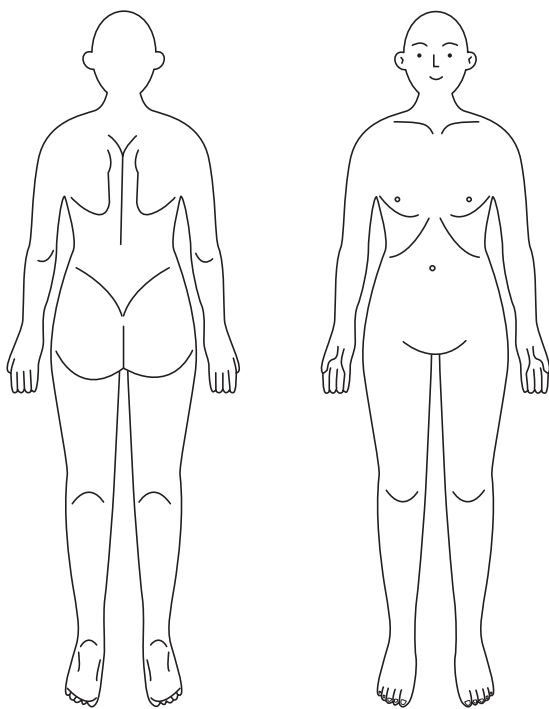
携帯 ( )

—

ご職業

1. 本日はどのような症状 (ご相談) で来院されましたか?

症状 (ご相談) のある部位を○で囲んでください。



●どのような症状 (ご相談) ですか?

かゆい・痛い・はれている・カサカサ・にきび・水虫

いぼ・ほくろ・できものがある

その他 ( )

●いつからですか?

頃から

2. 今回の症状で他の病院へかかっていますか?

いいえ・はい (病院名)

薬の名前

3.他に治療中の病気はありますか?

いいえ・はい (病名)

薬の名前

※お薬手帳をお持ちでしたら看護師へ見せて下さい。

4.薬のアレルギーはありますか?

いいえ・はい薬の名前)

5.女性の方へ 妊娠中ですか? いいえ・はい ( 月)

授乳中ですか? いいえ・はい ( 月)

6.当クリニックはなにを見てご来院いたしましたか? ・ホームページ

・その他 ( )

ご協力ありがとうございました