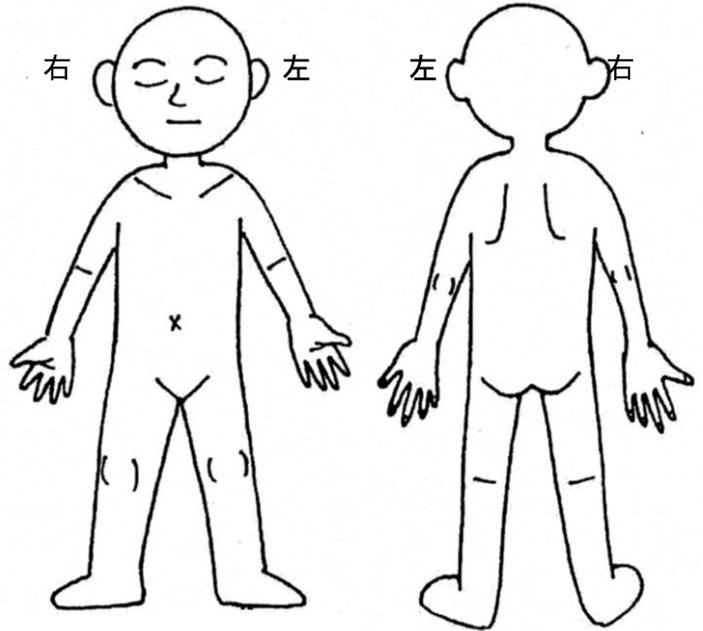


問 診 表

ふりがな _____	生年月日 明・大・昭・平
お名前 (男・女)	年 月 日 (歳)
住所 (〒 -)	職業 (具体的に)
電話番号	子供さんのみ 体重 (kg)
医療費明細書 (領収書ではありません。無料です。) 要 / 不要	_____ 幼 / 保 / 小

- 1) 本日はどうなさいましたか？
- ・かゆい ・痛い ・ぶつぶつ ・にきび
 - ・やけど ・けが
 - ・いぼ ・うおのめ
 - ・ほくろ ・できもの
 - ・巻き爪 ・水虫かも
 - ・しみ ・脱毛 ・AGA ・美容治療
 - ・その他 (_____)



- 2) いつごろから (_____)
- 3) どこに (右の絵に○印をつけて下さい)
- 4) 原因として思い当たることはありますか？
(たとえば、薬・食べ物・化粧品・仕事・どこかに出かけた、など)
- _____

5) そのことで何か薬をぬったり、飲んだりしていますか？ 　　いいえ / はい (くすり _____)

6) 現在、他に治療中の病気はありますか？

　　いいえ

　　はい 喘息 / 糖尿病 / 高血圧 / 心臓病 / 脳卒中 / 肝臓病 / 腎臓病 / その他 (_____)

7) 毎日飲んでいる薬はありますか？ 　　いいえ / はい

　　はいの方 = お薬手帳を持参されている方は受付にお渡し下さい。

手帳のない方は、薬の名前を書いてください。

(_____)

8) 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

　　いいえ / はい (_____)

★ 当院ではお名前でお呼び出ししております。

★ お顔の診察の方は、パウダールームにて化粧を落として診察をお待ちください。

9) 飲めない薬がある (錠剤 / 粉薬 / カプセル / その他(_____))

★ 女性の方のみ

　　妊娠・・・している (_____ ケ月) / していない / 可能性あり

　　授乳・・・している / していない