

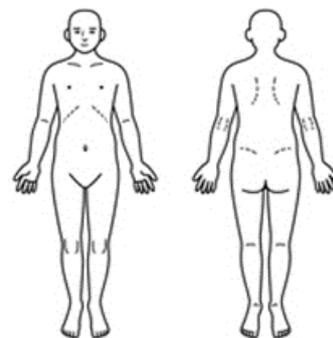


フリガナ		電話番号	自宅
お名前	男・女	携帯	
		保護者・付き添いの方	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	体重	kg
住所	〒 —	職業	

① いつからお困りですか。右の図で症状のあるところに○をつけてください。

昨日から・2日前～・1週間前～・2～3カ月前～ その他 (年 月頃から)

かゆみ アトピー いぼ 水いぼ 魚の目 巻き爪 シミ レーザー希望 水虫
その他



② この症状で、現在あるいは過去に治療を受けたことがありますか？

はい→ 医療機関名() 病名()
もらった薬(外用薬) 内服薬)
いいえ→使った薬、市販薬など()

③ 1) 今までにかかった病気、または治療中の病気がありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方は、かかった病気とその時期をお書きください (年 月ごろ)

アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎(花粉症) 喘息 高血圧 糖尿病 腎臓病 痛風
心臓病 狭心症/心筋梗塞 脳梗塞/脳卒中 リウマチ 心療内科疾患(うつ、不安神経症、不眠症など)
がん/腫瘍(部位 手術歴: 年 月ごろ) 緑内障 前立腺肥大 甲状腺の病気

その他

(年 月ごろ)

④ 現在何かお薬を使用していますか？ (はい・いいえ) お薬手帳 (有 ・ 無)

「はい」の方→お薬手帳をこの問診票と一緒に受付へお渡してください。

お薬手帳をお持ちでない方は、お薬の名前をお書き下さい ()

⑤ 今までにお薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？ (はい・いいえ)

はい→いつ、どのお薬/食べ物で、どんな症状がでましたか？ ()

⑥ 女性の方におたずねします。

妊娠中ですか？ (はい [] 週 ・ いいえ) 出産予定日 (令和 年 月 日)

授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

近いうちに妊娠希望のため、内服治療は控えたい (はい・いいえ)