

問診票

●受付番号:

●受診日:

平成 年 月 日

お名前	ふりがな	身長	
		体重	
住所	〒	電話番号	
性別	男 ・ 女(妊娠中 カ月・授乳中)	生年月日	(才)

■今、どのような症状ですか？

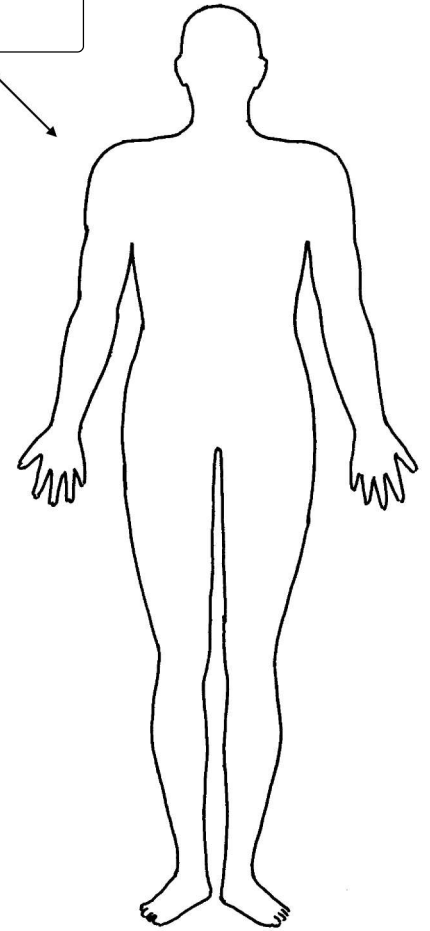
① 症状が出ているところを、記載し、右の図で示してください。

② どのような症状ですか？該当する項目に、☑印を付けてください。

- かゆい ヒリヒリする 痛い
ぶつぶつが出ている 化膿(かのう)している はれている
ひび割れている めくれている しこりがある

▼その他の症状

③ 症状は、いつごろから出ていますか？



■現在、別の治療を受けたり、何か薬を飲んでいますか？

該当する項目に、☑印を付けてください。

治療を受けていない(市販薬を含め)

治療を受けている

[どこで? 何の病気? :]

薬は何も飲んでいない

現在、病院で処方された薬を飲んでいる

■これまで、貼り薬や飲み薬などによってアレルギー症状が出たことはありますか？

該当する項目に、☑印を付けてください。

ない ある [どんな薬で? : 貼り薬 ぬり薬 飲み薬 ()]

麻酔薬

備考							
----	--	--	--	--	--	--	--