

# 問診表

フリガナ \_\_\_\_\_ 中学生以下の方は体重を記載 \_\_\_\_\_ kg  
氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 T・S・H \_\_\_\_\_ 年 月 日( 才 )  
( 干 - )  
住所 \_\_\_\_\_ 性別 男性 ・ 女性  
電話番号 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

1.いつからどんな症状がありますか？

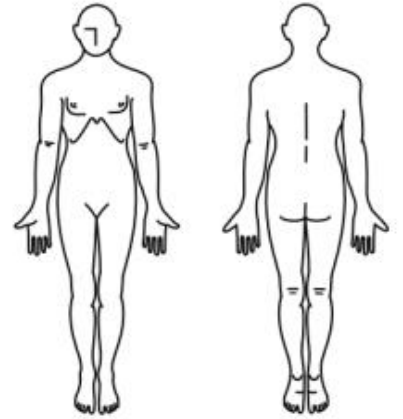
a)いつから： ( \_\_\_\_\_ ) 日前から

b)症 状： かゆい・痛い・水虫・いぼ・ほくろ・湿疹・にきび  
アレルギー・アトピー・爪の異常・虫さされ  
切り傷・やけど・けが  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

c)部 位： 右の図に印を付けて下さい。

d)勤務中・通勤中の切り傷・やけど・けがですか？

( いいえ ・ はい )



2.現在、他に治療中の病気、服用中の薬、塗り薬はありますか？ ( いいえ ・ はい )

病名 ( \_\_\_\_\_ )  
薬 ( \_\_\_\_\_ )

3.薬で異常があったことがありますか？ ( いいえ ・ はい )

薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

4.お車の運転はしますか？

( はい ・ 時々 ・ いいえ )

5.食べ物など、アレルギーはありますか？ ( いいえ ・ はい )

食べ物の名前 ( \_\_\_\_\_ )

6.アレルギーが疑わしい場合、アレルギー検査を希望されますか？

( はい ・ 相談したい ・ いいえ )

7.<女性の方に>現在、妊娠中ですか？ または、その可能性はありますか？

1.現在妊娠している(予定日 月 日) 2.可能性あり 3.可能性なし

8.当院受診のきっかけは？

1.紹介 2.クリニック下看板 3.インターネット

4.その他 ( \_\_\_\_\_ )

9.下記の症状で気になることがありましたら、チェックをお願いいたします。

しみ ・ しわ ・ たるみ ・ 毛穴 ・ にきび痕 ・ ダイエット ・ 薄毛