

問 診 票

ふりがな	性 別	年 齢	体 重 (小学生以下のみ記入)
氏 名	男・女	歳	kg
(〒 -)			電話番号
住 所			- -

本日はどのような症状で受診されましたか。いつごろから、どこの部位にできましたか。

勤務時間中、労働中の発症ですか。 (はい・いいえ)

かゆみはありますか？ (ある・ない)

家族で同じような症状の方はいますか。

(いる・いない) いる方は、ご家族のどなたになりますか。()

現在、あるいは今までにかかった病気はありますか。

(ある・ない) ある方は、病名を教えてください。

心臓病・高血圧症・糖尿病・喘息・鼻炎・前立腺肥大・緑内障・花粉症
その他()

飲んでいる薬はありますか。

(はい・いいえ) ある場合は、ご記入お願いします。※お薬手帳をお持ちであれば、ご提示ください。

お薬や食べ物のアレルギーはありますか。

(はい・いいえ) 「はい」の方は具体的にお書きください。

女性の方にお聞きします。

・現在妊娠の可能性はありますか。 (はい・いいえ)

・現在授乳中ですか。 (はい・いいえ)