

問 診 票

平成 年 月 日記入

患者様から知り得た情報は診察に関わる目的以外には利用いたしません

フリガナ				年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
氏 名							
住 所	(〒 -)					職 業	
電 話	自宅 () -		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日			
	携帯 () -						

1. 当院を何でお知りになりましたか？

(下記に○をつけてください。差し支えなければ、ご氏名・医療機関名をご記入下さい。)

家族から聞いて 知人から聞いて 医療機関からの紹介 インターネットで その他
 _____ 様 _____ 様 _____ 様 キーワード () ()

2. 本日は、どのような症状で来院されましたか？

()

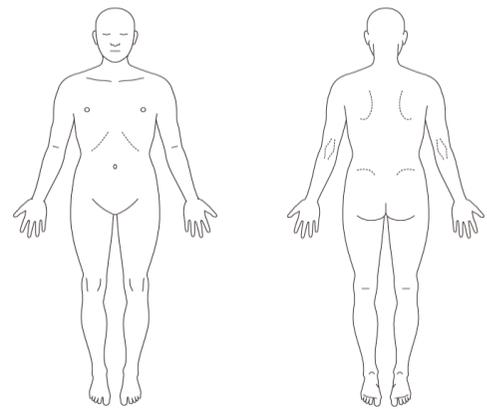
3. 右図のあてはまる部位に○をつけてください。

4. その症状は、いつ頃からありますか？

()

5. 現在、医療機関におかかりですか？ いいえ ・ はい

診断名 _____
 薬品名 _____



6. 今までに大きな病気をされたことがありますか？ いいえ ・ はい

()

入院歴 _____ 歳頃 _____ 手術 なし ・ あり

7. アレルギーはありますか？ (例；ダニ、スギ、薬剤、卵白、小麦など)

()

8. 現在服用中のお薬を分かる範囲でお教え下さい。(塗り薬・サプリメントなども含め)

()

9. ご家族の方で以下の病気の方はおられますか？ (○をつけてください)

同じ皮膚症状 ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 肝臓病 ・ 糖尿病
 膠原病 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 鼻炎

10. (女性の方にお伺いします)

今、妊娠されていますか？また、可能性はありますか？

いいえ ・ はい (出産予定日を教えてください 年 月 日)

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

11. 12才未満 (小児) の患者様の場合、体重を教えてください () kg

12. 漢方での治療を希望されますか？ いいえ ・ はい ・ わからない

13. 特に医師に伝えたいこと、たずねたいことがあれば、遠慮なく下記にご記入下さい。

()