

# 問診票

年 月 日

ふりがな

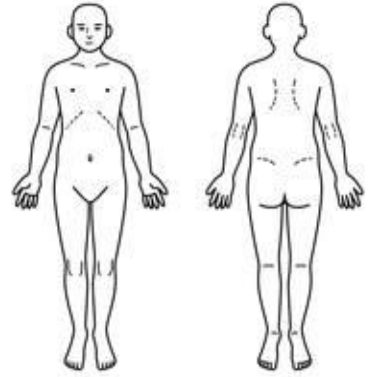
氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 (大正・昭和・平成) \_\_\_\_\_ 年 月 日 生

〒

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

15歳以下の方のみ体重 \_\_\_\_\_ kg

■どこが悪いですか？右の絵に○で印をつけて下さい。



■その症状はいつ頃からありますか？また頻度はいかがでしょうか

( 月 日頃より または ヶ月間 日間 時間)

持続的  断続的  時々  一度だけ

■どのような症状ですか？

発熱( \_\_\_\_\_ °C)  咽頭痛・咳  頭痛  腹痛  倦怠感  むくみ  めまい  
 吐き気  下痢  動きが悪い  発疹(かゆい・痛い)  痛み  
 力が入らない  その他( \_\_\_\_\_ )

■原因はありますか？  交通事故  工作中  わからない  その他  
( \_\_\_\_\_ )

■いままでに同じようになったことがありますか？

いいえ  はい \_\_\_\_\_ 回

■本日の受診内容で他院にて治療を受けていますか？

なし  あり 病院名 \_\_\_\_\_ ※紹介状  あり  なし

■現在、お薬を内服していますか？  なし  あり  サプリメント  
お薬名( \_\_\_\_\_ )

■アレルギーはありますか？  なし  あり( \_\_\_\_\_ )

■最近1か月以内の海外渡航歴  なし  あり 渡航地 \_\_\_\_\_

■自費の皮膚科治療を希望しますか？  希望しない  希望する

■介護保険証をお持ちですか？  なし  あり  申請予定・申請中

～女性の方のみ～

■現在妊娠中ですか？  いいえ  はい(妊娠 \_\_\_\_\_ 週)  わからない

■現在授乳中ですか？  いいえ  はい

お薬手帳や紹介状がありましたら受付にお出してください。

当院では診療明細書を発行しております。明細書を  発行する  発行しない