

問 診 票

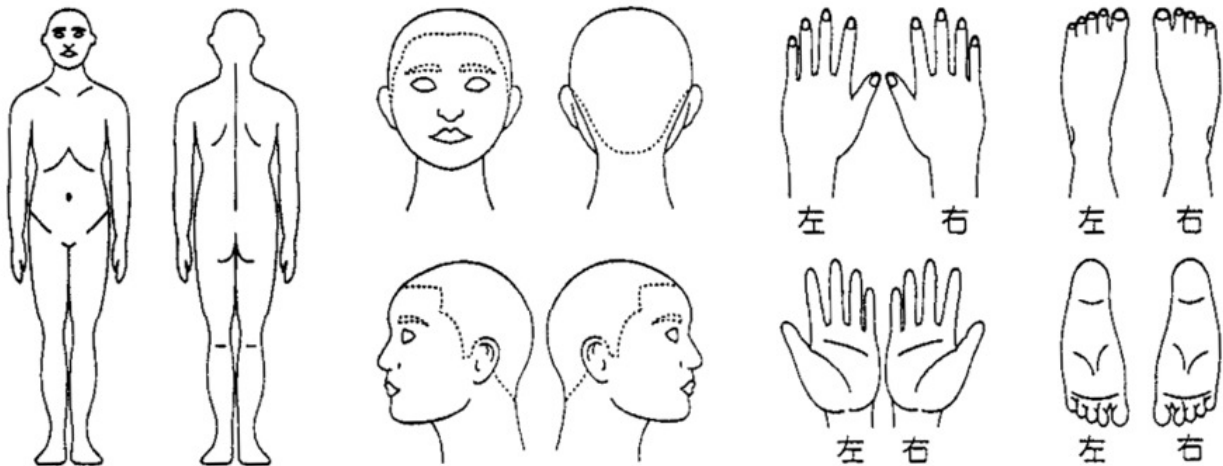
平成 年 月 日

フリガナ	姓	名	男	生年月日	明 昭	年	月	日	才
氏 名			女		大 平				
住 所	(〒)			電話 ()					
職 業 (具体的に)				身長	cm		体重	kg	

1. いつからどんな症状がありますか

a) いつから：(年前、 カ月前、 週前、 日前)から

b) 部 位：(下の図に丸を付けて下さい。)



c) 症 状：かゆい・痛い・にきび・いぼ・ほくろ・その他 ()

d) 上記の症状に関して、治療を受けられたことがありますか (はい・いいえ)

2. 現在、他の病気で治療されていますか

(病名) 医院名 ()

3. 今までに、どんな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか

1. じんま疹 2. 喘息 3. 花粉症 4. 緑内障 5. 糖尿病 6. 胃潰瘍

7. 高血圧 8. 肝疾患 9. 腎疾患 10. 前立腺肥大

11. 手術 (手術名) 12. その他 ()

4. 薬、食べ物などで異常があったことがありますか (ある・ない)

薬、食べ物の名前 ()

5. 女性の方にお聞きします

a) 現在、妊娠していますか、またはその可能性がありますか

1. 現在妊娠している (カ月) 2. 可能性あり 3. 可能性なし

b) 現在、授乳中ですか (はい・いいえ)

6. 日ごろ、自動車やバイクの運転をよくされますか (はい・いいえ)

7. その他気のついたことがありましたらご記入下さい



かわい皮フ科
クリニック